
Ideología, obstetricia y sociedad

Comentarios a una tesis de grado

GUILLERMO HENAO

Nota de la redacción:

El 9 de diciembre de 1998, la profesora Libia J. Restrepo de Q, asociada del Departamento de Formación Humanística de la Escuela de Humanidades de la Universidad Pontificia Bolivariana, optó al título de Magister en Historia con la tesis *Dolores de parto: ¿comadrona o médico? La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930*, en la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede de Medellín. El jurado le concedió mención honorífica.

El Doctor Guillermo Henoa, como miembro del jurado, sustentó su voto con un escrito del cual se presenta el siguiente resumen.

INTRODUCCIÓN

La tesis tiene como propósito estudiar las formas adoptadas por «los conocimientos ginecológicos y obstétricos en nuestro medio» y «los diversos modos» «de una compleja subjetivación» del «cuerpo y sus funciones» [p. 12]. Está orientada con base en la propuesta de Foucault de que la práctica social engendra dominios de saber, formas nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento [ref. 3, p. 14]; de esta manera la práctica social y médica produce regulación y control, pero éstas a su vez modifican la misma práctica.

Sus «sistemas reguladores» se originan en la biopolítica, la medicina y el derecho y en «las formas según las cuales las mujeres debieron reconocerse como sujetos de procreación.» [p. 14]. En cuanto a la medicina y al derecho hay instituciones que reglamentan su ejercicio profesional. La biopolítica, en cambio, aun cuando tenga sus raíces en condiciones socioeconómicas, es de por sí una posición ideológica. En este sentido, la cita de Foucault con que termina la Introducción es de alto compromiso: «El objetivo principal hoy **no es descubrir sino rechazar** lo que somos.» «No es tratar de liberar al individuo del Estado y de sus instituciones, sino de **liberarnos nosotros del Estado y del tipo de individuación que le es propia.**» [p. 17]. Y como es preciso «evitar una racionalidad retrospectiva» [p. 12], según acertada expresión de la autora, la tarea de Foucault, producto de su investigación europea, ha de surgir también *motu proprio* de la investigación de nuestra historia.

LA NATURALEZA FEMENINA

Aunque parezca obvio, el concepto de 'naturaleza' requiere siempre precisión ya que toda conceptualización corresponde a determinadas condi-

DOCTOR GUILLERMO HENAO CORTÉS, médico ginecobstetra, Clínica Las Vegas, Medellín, Colombia.

ciones socioeconómicas e ideológicas. Es Aristóteles (1) quien recurre con frecuencia a reunir ciertas características de un organismo aduciendo que corresponden a su naturaleza. Lo natural, sin embargo, no es lo mismo para el biólogo, para el filósofo, para el político, para el religioso; y, por supuesto, lo «contranatural» tampoco. La 'naturaleza femenina', entonces, tiene contenidos variables según las ideologías predominantes en una época.

El primer gran paradigma de la medicina occidental, **la enfermedad es una condición natural y se ha de estudiar y tratar naturalmente**, expresado en el *Corpus Hipocraticum* (2) y, desde otra perspectiva, en la obra de Galeno (3), predomina en la teoría y en la práctica médicas. La revolución científica de los siglos XVI, XVII y XVIII rompe con el aristotelismo y el galenismo. Rabelais, Van Helmont y Fernelio forman parte de este nuevo paradigma, sin ser los más influyentes. Sin embargo, «no obstante la objetivación y los conocimientos que se generaron, ello no redundó a favor de las condiciones sociofamiliares de las mujeres; médicamente, su estatus patogenésico continuó vigente. Más bien se reivindicaron **otros poderes** -esta vez con fundamentación científica-.» [p. 22]. En efecto, todo nuevo estilo de pensamiento, incluyendo el científico (4), se origina en poderes que hay que dilucidar y que utilizan a aquél para perpetuar su dominio; de manera que la acción o mejor la transformación que las ideas llamadas científicas puedan realizar en la condición (¿naturaleza?) humana siempre es retardada y mediada.

El Estado-Nación, surgido en el siglo XVIII, no es el único poder pero sí la concreción y síntesis de todos. Condiciona la actitud y el accionar médicos en la salud y en la enfermedad, patologiza y medicaliza a la mujer, paternaliza la relación médico-paciente, perpetúa en los escritos médicos «una visión negativa, limitada y recortada (y muy peligrosa) del cuerpo de las mujeres» [p. 23] y

axiomatiza la enseñanza. Dentro de este marco se ubican las sociedades filántropicas, que incorporan la otra vertiente ideológica y la concepción judeocristiana, por cierto más determinante en la condición (¿naturaleza?) de la población y, en este caso, de la mujer.

La atención de los partos por mujeres es tan antigua como la especie misma y, por lo tanto, anterior al cristianismo y a todo 'discurso' empírico o científico. Su sustentación con base en excesivo pudor, conveniencia moral y vergüenza «natural» y sobre todo en «resistencias puritanas» [p. 31], corresponde principalmente a consecuencias de la cristianización. El ejercicio de poderío por los hombres en todos los campos de acción social ha influido bastante en el reforzamiento de la solidaridad y de la hermandad entre las mujeres, en la perpetuación de «feudos», «secretos» y estilos de pensamiento que les permitan preservar algo no dañado o al menos independiente de la opresión masculina. Al respecto es conveniente tratar de esclarecer las situaciones económicas, políticas y religiosas que condicionaron actitudes similares, aunque culturalmente diferentes, en las mujeres nativas antes de la llegada de los europeos. Pero el «feudo de las comadronas» es de aparición tardía («detectado en Europa desde el siglo XVI -y desde mediados del siglo XIX en Antioquia-» [p. 25] y se presenta cuando el milenarismo saber obstétrico de las mujeres se ejerce, así sea de manera espontánea, como una profesión.

«Los propósitos ilustrados traspasan las fronteras europeas» [p. 28] con retraso. Por supuesto ello también ocurre con el nuevo estilo de pensamiento médico europeo y sus propuestas de patologización y medicación de la mujer y especialmente de la atención del parto. La autora describe su recepción en nuestro medio con base en las obras *Guía de parturientas y parteras* de Gabriel A. Ujueta (Bogotá, 1881), *Instrucción popular de partos. Dispuesta para el hogar* de Juan de Dios Tavera

B. (Tunja, 1882) y la tesis de medicina y cirugía *Necesidad de la asistencia médica en los partos* de José Jesús Giraldo (Bogotá, 1906). No se sabe si estas obras fueron en su momento conocidas en Antioquia, a falta de publicaciones locales. Puede aducirse, sin embargo, que cualquier paradigma, que suele ser propuesto y publicado por un número muy limitado de personas, a veces una o dos, es la expresión sintética de un pensamiento que ya circula en un área más vasta de la comunidad científica y profesional, y aun en la no profesional.

Ello explicaría la lenta «convergencia de dos discursos y prácticas aparentemente antagónicos» [p. 24]. Una de estas prácticas es la de los profesionales médicos, sustentada en «la ciencia y sus autoridades»; la otra es la de las comadronas, «quehacer fundamentado en viejas tradiciones -en su mayoría orales- de saberes populares, mágicos, fantasmales y misteriosos, que variaban de un lugar a otro» [p. 25]. Aún no se ha investigado suficientemente cómo y hasta qué punto se ha producido una convergencia, ya que ha predominado el desplazamiento de las comadronas por parte de los médicos, apoyados por los otros poderes, principalmente por el Estado. En realidad, dentro del marco de la concepción médica vigente en el período estudiado (1870-1930) no se logra que la mujer, especialmente la embarazada y la parturienta, y siguiendo a Foucault [p. 17], se despoje «de esta especie de «doble coerción» política que es la individuación y la totalización simultáneas de las estructuras del poder moderno.»

LA DIFERENCIA BIOLÓGICA Y EL ORDEN MORAL

Ayer, como hoy, «el discurso médico local» es «fiel copia del europeo» y extranjero en general, según el país dominante y «contribuyó a perpetuar viejas nociones con argumentos racionales y científicos» [p. 32]. El estudio del cuerpo de las muje-

res se hace con referencia al del hombre. Lo que sea diferente en ellas es inferior: menstruación, embarazo, parto, menopausia, los cuales condicionan «la natural debilidad» y la «naturaleza inferior» de la mujer. La diferencia de los sexos, cargada con el presupuesto de la superioridad masculina, motiva también diferencias en las enfermedades, de manera que las enfermedades genitales femeninas se incluyen dentro del mismo marco conceptual y así se expresa en los tratados médicos. En cuanto a las denominadas «enfermedades degenerativas» a las que se suponían «predispuestas» las mujeres, la autora afirma acertadamente que «las causas no estaban en la naturaleza femenina» [p. 33].

El monopolio masculino de los poderes político, económico, religioso y científico se expresa en la actitud médica y general ante las enfermedades de transmisión sexual, el secreto médico, la propuesta de establecer un certificado médico prenupcial y la actitud paternalista del médico como «guardián de la salud» [p. 36]. Los consejos médicos se extienden posteriormente a todos los aspectos del comportamiento, incluyendo hasta las modas. La aprobación o la prohibición médicas (más común ésta que aquella) no siempre es desacertada, pero en todos los casos está cargada de contenidos ideológicos de dominación dependientes de otras condiciones, aunque expresadas con la argumentación supuestamente médica de que corresponde a «las disposiciones y leyes naturales» impuestas por «la sabia naturaleza» [p. 39] (1). De no cumplirse estas leyes «naturales»; si no se tiene amor maternal, se expone al sufrimiento y al castigo. Pero el hecho de que tales conceptos aparezcan en un libro escrito por un médico [ref. 51, p. 39] no significa que sean propiamente médicos sino que expresan la ideología general del autor, sus creencias religiosas y su ubicación en la representación y en el ejercicio de algún tipo de autoridad.

El concepto de <amor maternal> «surge a finales del siglo XVIII» [ref.52] y «persiste como mito,

como un espantajo para hacer sentir culpables a las mujeres que no sienten el menor interés por criar una horda de muchachitos exasperantes» [p. 39]. Conviene esclarecer algunos antecedentes. El parto necesariamente ocurre en la mujer por lo que ésta establece una relación psicológica de **posesión** con su hijo. Mientras hubo o haya un predominio de la lactancia materna como principal provisión alimenticia, la relación de dependencia hijo-madre y no la de hijo-padre ni la de hijo-padres reforzará la conexión psicológica madre-hijo. Las religiones han sabido aprovechar esta condición biosocial **preexistente**. El cristianismo la ha convertido en uno de los fundamentos para su realización y difusión. De ahí que si el «concepto médico o científico» del <amor maternal> no aparece sino en el siglo XVIII, cuando en realidad es anterior a toda religión, es porque corresponde a uno más de los intentos de cristianización de la humanidad a través de la revolución científica. Esto puede demostrarse a través de la disputa por los modelos de conocimiento cartesiano, leibniciano y newtoniano (5).

Lo mismo puede decirse del <orden moral> en general: hay que precisar su contenido filosófico o religioso. En este sentido, la autora cita numerosos ejemplos [ps. 39, 40, 41,42, 43, 47, 48, 50, 51]: desinterés por la maternidad, la vida escandalosa; los placeres exóticos, vetados, pecaminosos; el instinto, el ocultamiento del parto, la virginidad, la inocencia, la proscripción de la parte animal, el pudor inocente y natural, la castidad, la ignorancia y el ocultamiento de la sexualidad y la reproducción, cómo nacen los niños, las causas de la muerte, los nombres metafóricos que se le dan a la menstruación, al embarazo, al parto, a los genitales, tener todos los hijos «que Dios quiera», etc. En todos ellos, el origen en una moral cristiana es evidente. Como ya se ha dicho, el que sea un médico el que escriba no atenúa su contenido religioso o de otros dominios además del médico [ref. 57 (1836, **Bogotá**), p. 42]; [ref. 76, 1881, **Bogotá**]; y con mayor razón si lo hace un presbítero [ref.61, 1914, **Barcelo-**

na]. La referencia # 55 [Alberto Gómez Arango: «Medicina y moral», 1937, p. 40], es un ejemplo claro de utilización de la medicina para propagación de la fe católica.

Aunque «con la fecundidad de la pareja se demostraron las bendiciones de Dios» [p. 49] y todo lo relacionado con la fecundidad e infecundidad corresponda a un contenido religioso [ps. 49-50], así sea expresado a través de la teoría y de la práctica médicas, la investigación sociológica al respecto ha de ser más amplia.

Debe resaltarse la irrupción de un neohipocratismo en la última década del siglo XIX como medicina del medio, que busca en «el entorno natural» la causa de las dolencias de las mujeres [p. 40]. Además de establecer un diagnóstico etiológico orientado en este sentido, conduce a recomendaciones y terapéuticas concordantes. De ahí «emerge un ideal de mujer por excelencia medicalizado, normalizado y regulado» [p. 41] y que es hecho «por médicos, sacerdotes, políticos-literatos» [p. 42]. A pesar de que ello expresa y aplica nuevas formas de opresión masculina y que las mujeres continúan «sometidas dentro del matrimonio al poder de sus maridos» [p. 48], «habría que esperar a la tercera década del siglo XX para que las mujeres aprendieran a **reconocerse como sujetos de procreación** -sujetas a la medicalización y a la pastoral de la fertilidad-, mucho antes que como sujetos de sexualidad.» [p. 48]. Sin embargo, «no todas alcanzaron siquiera esa posibilidad» (p. 48) y persiste una contradicción en la actitud frente al parto: «el parir, si bien una bendición, una misión noble, también era un escándalo.» [p. 52]. En efecto: «... **este es el punto de mayores resistencias para la atención médica.**» [p. 53]. Debe señalarse que los principales elementos interactuantes de esta contradicción son de índole extramédica y corresponden a **los factores de poder** ya mencionados, principalmente el religioso.

EL ARTE DE LOS PARTOS

Por tradición milenaria dos oficios han sido de mujeres: la atención de partos (comadrona, obstetricia, matrona, partera) y la lactancia de niños ajenos (nodrizas). La formación de las comadronas, como la de todos los oficios masculinos, inicialmente se llevó a cabo por transmisión oral e imitación de actitudes y de habilidades manuales [p. 66]. La aparición del comadrón, del partero y del obstetra es un hecho reciente y ocurre a raíz de la revolución científica de los siglos XVI, XVII y XVIII. Los modelos cartesiano y newtoniano permean todas las ciencias, incluyendo las biológicas, y se concretizan en «los médicos ilustrados de la racionalidad moderna» [p. 56], que incorporan el embarazo y el parto a la investigación científica y a la práctica médica. Justificados científicamente y apoyados y sostenidos por los poderes político, económico y religioso, emprenden un rechazo de quienes no trabajen bajo sus postulados de saber y de poder. Se dictan «nuevas normas de validez en los conocimientos» [p. 57] y en el ejercicio profesional, ratificadas por las autoridades, a sabiendas de que la mayoría de los que ejercen el oficio (las mujeres) no tienen posibilidades de acceder a dicha legitimación.

La persecución que se desata en todas partes hacia las comadronas expresa una doble condición: se difunde el conocimiento científico y se propugna por la práctica racional, pero se incrementa y concentra el poder personal y se procura eliminar las rivales con el pretexto de «hacer constar la oposición hacia el conjunto de intervenciones empíricas» [p. 70]. Esta supremacía legal a veces origina conflictos. La autora llama la atención sobre un caso bastante notorio, como es la atención del tercer período del parto, esto es, el desprendimiento de la placenta. Las soluciones más exitosas a esta situación las tienen en sus manos las comadronas y no tanto los parteros [ps. 57-58]. Pero en los casos de distocias y de retención placentaria cualquiera

que atienda el parto puede tener resultados inadecuados, con pérdida o compromiso del feto o de la madre. Y aquéllos que no cuenten con la protección de una licencia debidamente patentada llevan las de perder. De ahí los numerosos casos de persecución a las comadronas por parte de las autoridades y de los médicos [p. 58] [ps.119-120] [ps.141-144] cuando se conocían malos resultados en su trabajo (en ocasiones se presentaban soluciones sangrientas y mutilantes, p. 64) o cuando trataban mujeres no embarazadas u hombres enfermos [p. 59]. Como es imposible impedirles su oficio, se recurre a normatizarlas, previa enseñanza de algunos conocimientos, mediante expedición de certificados de idoneidad [p. 59]. Y a falta de médicos idóneos a veces se recurre a ellas como peritos [ps. 59-60].

Por lo común, desde las más antiguas sociedades humanas aparece un círculo de mujeres solidarias en torno a las parturientes [p. 60]. En dicho grupo ninguna de las acompañantes puede ser menor de edad, lo cual hubiera sido un escándalo contra «la decencia y las buenas costumbres» [p. 66]. De otra parte, algunas se prestan a delatar a rivales en el oficio [p. 68], o a potenciales pacientes que no han recurrido a sus servicios [p. 93], lo que demuestra que los intereses personales pueden ser superiores a la solidaridad entre mujeres igualmente oprimidas. Y la detección del ejercicio no certificado lleva a invocar la práctica de la caridad cristiana [p. 67]. Todo ello significa, igual que en otras situaciones relacionadas o no con su oficio, que en ocasiones las mismas mujeres se encargan de perpetuar las ideologías que las oprimen.

De todas maneras, el oficio de comadrona ha perdurado y es válido preguntarse el porqué. «No es algo que se debe leer como obvio sino como una discontinuidad, tratando de descubrir qué problemáticas hay en el fondo de una práctica que se resiste a desaparecer.» [p. 72]. Esta resistencia se ha vuelto secular en nuestro medio y no hay indi-

cios de que desaparezca. La confrontación que hace la autora entre las prescripciones de un médico español certificado de 1621 y las de una comadrona de Puerto Berrío en 1982 (360 años de diferencia), citada ésta por Jaime Restrepo Cuartas (6), es muy pertinente [p. 73]. En el pasado la medicina científica se originó y se nutrió de la mítica y de la empírica. Del mismo modo, la práctica empírica y no certificada actual se va nutriendo de la tecnología asociada a la medicina científica, tecnología no sólo medicamentosa sino instrumental. Las razones de la pervivencia de la partería no científica (y demás prácticas médicas no certificadas) se debe a «las circunstancias que no se modificaron: las dificultades económicas de las mujeres de sectores rurales y marginados, los problemas de la atención oportuna de los partos, el rigor del estatus social y laboral de las mujeres, el abandono luego de la seducción o la violación que las hace acudir a prácticas abortivas.» [p. 74]. En una palabra, a **los factores de poder**. Por ello, «se debe prestar atención al proceso, cómo se ejerció y mediante cuáles mecanismos de poder.» [p. 75].

SECRETOS DE MUJERES

Todavía en 1500 un médico en España escribe a favor de que los partos continuaran a cargo de las comadronas [p. 76], cuando en otros países ya había empezado la lucha de los médicos por desplazarlas. Pero su propuesta no es que ellas mantengan su autonomía milenaria. Se trata de una **delegación** a las que reúnan los requisitos de experiencia, ingenio y buenas costumbres acordes con la Santa Iglesia. Esto es, empiezan de todas maneras a ser intervenidas en su oficio. Aparecen las comadronas tituladas, principalmente en Francia. Una de ellas llega a Bogotá en 1836 [ps. 77-78]. Pero ya desde 1831 la Facultad de Medicina de Bogotá había empezado a expedir licencias a comadronas, aunque escasas (tres en 10 años) y con prohibiciones de intervención quirúrgica [ps. 80-81]. Ello está aunado a medidas de las autoridades

«para exigir instrucción teórica y práctica para expedir pases, certificados y permisos **y también para sujetar a las comadronas y parteras**» [p. 81], pero sus efectos fueron nulos ya que muchas mujeres sin instrucción científica continuaron dedicándose al oficio [ref. 145, p. 82].

No se sabe si estos hechos repercutieron en Antioquia. La Facultad de Medicina en Antioquia apenas «se reorganiza» en 1871 [p. 82] y todavía en 1876 médicos particulares, de la talla de Juan de Dios Uribe, Manuel Uribe Angel y Tomás Quevedo, certifican a una comadrona que ha recibido instrucción como «profesora en obstetricia» para partos sin complicaciones y «para dar oportuno aviso de las circunstancias que exigen la investigación de un profesor inteligente.» [p. 82]. Estas «estrategias de vigilancia y reglamentaciones» se precisan en 1905 con la «Reglamentación de los Servicios de **Obstetricia y de Parteras.**» [p.84], mediante la cual puede hacerse una vigilancia no sólo médica sino oficial e incluso judicial. «Los nacimientos ya no sólo fueron cuestión de mujeres ni luego de médicos, sino también del Estado.» [p. 84]. Esto explica que cuando un año después de tal disposición se anunciaban tres comadronas en el Directorio General de Medellín, para 1934 ya no aparecía ninguna [p. 85].

En 1913 se realiza en Medellín el 2º Congreso Médico de Colombia y una de las ponencias es la «Necesidad de Escuelas Nacionales de **Enfermeras y Comadronas**» [ref. 157, p. 86]. Esta presión médica al Estado buscaba lograr una organización jerarquizada con intermediarios eficaces que facilitara la eficiencia médica pero supeditada a su autoridad [p. 88-89]. Se ignoran sus resultados pero fortaleció a las comadronas en contra no tanto de las medidas como de los médicos mismos, «sus inmediatos opositores» [p. 89].

En 1913 se organiza en Bogotá la Higiene Nacional Pública y privada y en 1914 se establecen

tres Comisiones Permanentes para Medellín (p. 91-92). Se hace más estricta la obtención del certificado de idoneidad pero «la exigencia de la licencia sólo se hacía cuando la comadrona estuviera implicada en algún delito». En cambio, «a las que fueron llamadas para hacer de peritas o se presentaban a testificar, no se les exigió, ni se les mencionaba siquiera.» [p. 92]. En todo caso, los efectos principales de todas estas medidas son que el ejercicio del oficio de comadrona se va haciendo cada vez más clandestino, al margen de las medidas de la autoridad. Los médicos se aquietan porque creen que han conquistado este campo de trabajo. En 1950 ya es de prestigio el haber sido atendida en el parto por un médico [p. 85], y lo contrario si era por una comadrona, en contraste con épocas anteriores cuando ellas eran socialmente aceptadas y atendían a las señoras pudientes. Pero a pesar de la declaratoria de ilegalidad, este oficio -y muchos otros- han logrado sobrevivir:

"Las prohibiciones como estrategias de control son en sí mismas generadoras de ambigüedades y de tácticas como respuesta antagónica de apego a maneras de hacer." [p. 93].

La resistencia a desaparecer se basa entonces en elementos no captados por los que prohíben: «El comportamiento de las empíricas escuda **otra cultura, otra ética**; despierta simpatías entre las mujeres de los estratos más bajos y antipatías entre otras que las ven como delincuentes portadoras de peligros.» [p. 93]. No obstante, cuando el poder establecido las necesita, se hacen sus cómplices, «ayudan a mantener un orden social y moral» [p. 93], establecen «relaciones de dominio sobre otras mujeres» [p. 94] y buscan el desprestigio de sus rivales [p. 94], aunque en ocasiones la colaboración con la policía es forzada, en cuyo caso los fallos son ambiguos y equívocos [p. 96].

En resumen, aunque perviven tanto «las seculares solidaridades y secretos de mujeres» como las comadronas, la decidida acción médica en su

contra, tanto directa como a través de otras autoridades, las ha reducido a la clandestinidad y también en número. Se requiere profundizar en el esclarecimiento de la cultura y de la ética que representan pero ante todo en las raíces del poder y del Estado que, en todas sus formas, condicionan a aquéllas en su beneficio.

ABORTOS E INFANTICIDIOS

Desde tiempos inmemoriales y en todas las sociedades, con cualquier cultura o religión, las mujeres han recurrido siempre al aborto, al infanticidio o al abandono de los recién nacidos [ps. 107, 108] cuando no han tenido otros métodos de anticoncepción o han fallado los existentes, tales como la lactancia. El cristianismo ha considerado que «la vida humana es sagrada» [p. 102] y ha convertido tales prácticas en pecaminosas. Y los cristianos con poder político, judicial y policial las han penalizado [p. 108]. «A partir de la instauración de un **poder** que se ejercía sobre el cuerpo de las mujeres, **poder** moral sobre la sexualidad, **poder** médico sobre la procreación, ¿acaso el infanticidio, el aborto y el abandono de las criaturas, son «mecanismos de rebote?»» [p. 106]. Los partos sin atención, «derivados de la ignorancia y la miseria de las mujeres de clases marginadas» [p.116-117] pueden conducir a muertes de recién nacidos. En tales casos la acción judicial no ha indagado «la culpabilidad compartida». «Nunca se ha planteado. Sólo la mujer es culpable.» [p. 118].

«¿Por qué no desapareció una práctica que había existido «desde siempre»? Porque este tipo de prácticas ha sido el polo opuesto de **las relaciones de poder -eclesiástico, estatal o médico-** .» [p. 106-107]. En efecto, «no siempre ni en todas partes se han considerado como un acto homicida ni como un pecado y, por lo tanto, no se juzgaban pero sí han existido siempre.» [p. 107]. «Estas prácticas abortivas han sido mucho más frecuentes entre las mujeres de menos recursos económicos, factor que determina las condiciones para la crianza.»

[p. 101]. A pesar de las medidas eclesiásticas y de las autoridades, los abortos y los infanticidios han continuado. Por ello hay que preguntarse: «¿Qué peso podían tener las prohibiciones de la Iglesia sobre el aborto o las reglamentaciones de policía sobre los abortivos y su uso? Parece que ninguna.» [p. 122]. «No importaba en lo más mínimo una excomunión.» [p. 122]. Y «el apoyo médico en los procesos por aborto e infanticidio» [p. 124] no suele ser concluyente. «Pareciéndoles incompletos los peritazgos médicos, solicitaban nuevos.» [p. 124]. Además de que las confidencias de las culpables a los médicos no tienen validez judicial y ellos, «llamados a exponer sobre materia médico-legal no podían ni debían hacer preguntas a la sindicada sobre culpabilidad» [p.128]. Por éste y otros motivos [p.156] las sentencias con frecuencia eran favorables: «Lo más curioso es que si el peritazgo presentaba pruebas negativas era aceptado inmediatamente, como si el poder jurídico buscara sobreseer siempre.» [p. 130].

En resumen: «Para las mujeres que abortaban, los mecanismos de poder que buscaban construir un nuevo orden moral y social, les podían prodigar el sobreseimiento y la absolución por parte del Ministerio Público; perdón que les era negado por el Ministerio de la Iglesia que las condenaba para la vida eterna.» [p. 125].

EL LECHO DE MISERIA

La producción de dolor es común a todos los organismos con sistema nervioso (participa en las formas de supervivencia individual y de selección natural no planeada) y por lo tanto es anterior a toda religión y en nuestro caso a las religiones judeocristianas. Los intentos de explicar su aparición, desarrollo y resolución deben emprenderse sin recurrir a consideraciones extrabiológicas [p. 134]; en consecuencia, si el parto es doloroso, ello no debe estudiarse con criterios religiosos [p. 133]. De hecho, las afirmaciones consignadas en el Génesis no son el origen del dolor en el parto; aprovechan

por el contrario su **preexistencia** para sustentar una ideología. Existen libros mucho más antiguos que éste y, en todo caso, la reproducción sexual es muy anterior a la aparición de todo libro y de toda religión. Y no se diga que estas son ideas de última hora. Ya en el *Corpus Hipocraticum* (7) el dolor se consideraba como un desorden de la *Phýsis* y por lo tanto se estudiaba y manejaba como condición natural. Por ello, ante la advertencia «parirás con dolor y estarás bajo el poder del hombre y tendrá dominio sobre ti» [ref. 256, p. 133], es acertada la inquietud de la autora: «¿Acaso no tenía que ver con el mantenimiento de un orden moral la aceptación incondicional de un mandato sagrado?» [p. 133]. Y recuérdese que «las consecuencias de estas concepciones religiosas llegan hasta hoy.» [p. 139] e inciden y modifican los procesos biológicos que originan el dolor, además de las condiciones socioeconómicas [p. 139]. Existen, por lo tanto, dos aspectos: «una de las caras de los dolores de parto: como **construcción cultural enseñada y aprendida.**» [p. 139-140] y otro biológico, con manifestaciones diversas según la «experiencia subjetiva y personal.» [p. 140].

«El dolor del parto (...) llegó a constituirse en uno de los puntos centrales de la intervención médica.» [p. 131]. Tratar de calmarlo, además de los beneficios para la paciente, motiva al estudio del proceso de parto y a su vez proporciona «argumentos para desalojar a las comadronas.» [p. 131]. «Apelando al dolor de las parturientas la atención médica **se justificó políticamente** para deslegitimar a las comadronas totalmente desprovistas de instrucción.» [p. 144]. Ya en 1881 decía Gabriel A. Ujueta en Bogotá: «Es necesario que nuestras parteras se convenzan que no pueden ni deben hacer otra cosa que recibir y asear al niño.» [ref. 282, ps. 144-145]. Pero lo cierto es que no se limitaron a esto. Los procedimientos para tratar de calmar el dolor del parto han sido muy variados y el desconocimiento de su proceso ha tenido consecuencias a veces desastrosas. Uno de los más graves errores ha sido la confusión entre el proceso

contráctil (que conduce a la dilatación y a la expulsión del feto) y el dolor, confusión no sólo entre las comadronas sino entre los mismos médicos certificados. Tanto la medicina empírica de las comadronas, como la homeopática y la alopática han intentado de todo, por decirlo de una manera simplista, para aliviar el dolor. Pero éste no es más que un efecto, indeseable por cierto, y cuando se le tomó como tal pudieron eliminarse tratamientos empíricos que a veces eran peores que lo que se quería eliminar; a su vez ello condujo a reorientar la búsqueda de mejores soluciones. El mayor conocimiento del proceso permitió no sólo a quien ayuda en el parto sino a la misma parturienta una mejor participación y por tanto una disminución en la intensidad y la duración del dolor. Sin embargo, los casos distócicos, especialmente por presentaciones diferentes a la cefálica o por estrechez pélvica, continuaron con desenlaces similares hasta tanto mejoraron las técnicas quirúrgicas y anestésicas.

Así como la historia de la infección puerperal y de la lucha heroica de Semmelweis (8,9) en la búsqueda de una solución, la incorporación de los anestésicos a la medicina y en particular a la obstetricia es de una gran importancia histórica [p. 179]. En ambos casos, como en todos aquéllos en los que se intentan soluciones o simples propuestas a problemas insolubles hasta el momento, surgen las oposiciones [p. 161-164]. «Los fundamentos de los rechazos fueron básicamente de tres tipos: razones religiosas, quirúrgicas y «morales», que encendieron en diversas ocasiones las polémicas entre la opinión pública.» [p.161]. Los médicos católicos [p.161] y calvinistas (10) tardaron en aceptar estos nuevos tratamientos y en consecuencia quedaron rezagados en el conocimiento del proceso de parto, más fácilmente observable sin el obstáculo del dolor. Los avances científicos, al menos en la obstetricia, se producían ya no tanto en países católicos como Francia sino en Inglaterra y EEUU. La autora cita a un célebre obstetra francés, quien asegura que la anestesia con cloroformo «no tiene nada

de serio ni de científico.» [ref. 343, p. 162]. La oposición de los cirujanos es a la vez extraña y explicable. El argumento del incremento de la mortalidad y de la morbilidad siempre debe estar presente en la contrastación de toda nueva propuesta en medicina. Por otra parte, la búsqueda de nuevos anestésicos era impostergable para ampliar el radio de acción de la cirugía. Y en cuanto a las «objeciones morales» o «sugestiones psíquicas» [p. 162] ya habían empezado con el famoso gas hilarante (óxido nitroso) descubierto en 1772 y luego con el éter (11). Fue uno de los puntos de partida para la investigación en psicología y modificó las condiciones en la atención de los pacientes, especialmente femeninos, para evitar malentendidos o incluso acción judicial.

En resumen, la actitud ante el dolor, tanto de quien lo padece como de quienes asisten a la persona que padece, continúa siendo la piedra angular de todos los quehaceres médicos, sean empíricos, homeopáticos o alopáticos (y cuantos más aparezcan). Y en relación con los partos, por su condición de fenómeno natural, la búsqueda de soluciones es impostergable.

LOS SACERDOTES DEL DOLOR

El proceso de profesionalización de la práctica ginecoobstétrica, como todo proceso, ha sido tortuoso e irregular; y muy lento en el caso de Antioquia. El primer paso, quizás el más difícil, fue lograr que los médicos desplazaran a las comadronas. En Bogotá, en 1882, Pedro María Ibáñez dice que el 90% de los partos no tienen atención médica [ref. 364, p. 172]. En 1906, en Bogotá, José Jesús Giraldo opta al grado de doctor en medicina con la tesis «Necesidad de la asistencia médica en los partos.» [ref. 371, p. 174]. Los médicos recurren a varias tácticas para lograr desplazar a las comadronas y para convencer a las mujeres de que tengan sus partos con ellos:

La presencia de parteros en el Hospital de Caridad de Medellín («reorganizado hacia 1865») [ref. 351, p. 166], adonde sólo acuden «las mujeres reducidas a una extrema pobreza y que no podían pagar una comadrona a domicilio.» [p. 166].

La recepción de la mentalidad anatomoclínica para la enseñanza y la práctica médicas («Carecemos de un anfiteatro anatómico, no tenemos pabellón quirúrgico» decía Manuel Uribe Angel en 1899, ref. 362, ps. 166-167).

Los avisos comerciales pagados en la prensa local.

Las publicaciones en la prensa de informes médicos sobre casos teratológicos y raros [p. 169] o mal atendidos por las comadronas [ref. 375, p. 176, ref. 377, p. 177], que llevan a pensar al público que quienes los suscriben son los idóneos y no las comadronas, las cuales muchas veces son analfabetas y casi siempre de escasa instrucción a través de la lectura. «Proliferaron los artículos médicos sobre las mujeres.» [p. 170] con «la promesa de una gestación sana, de un parto seguro y feliz y de una crianza protectora de los infantes: Misión engrandecedora de las buenas madres -esposas hogareñas y abnegadas. Misión exaltadora del médico que la acompañaba por el bien de la sociedad y el Estado.» [p. 170].

Creación de sociedades filantrópicas para la protección de la mujer. Gabriel Ujueta ya lo menciona en su libro (Bogotá, 1881) [ref. 362, p. 172]. En 1910, también en Bogotá, «las sociedades filantrópicas recogieron fondos para sostener maternidades en los hospitales» [p. 172]. Y en Medellín se crea en 1900 una Sociedad Protectora de la Salud de la Mujer, La Samaritana, por iniciativa de Juan Bautista Montoya y Flórez [p. 183]. Sus estatutos, publicados en 1901 [ref. 308, p. 184], delinean detalladamente la concreción de la estructura del poder (orden, disciplina, fiscalización, relacio-

nes de poder administrativo, diseño) y con una sorprendente semejanza con instituciones posteriores y actuales. Hasta el punto que con motivo de la refundación de La Samaritana en 1920 comenta la autora: «Es lícito suponer que la frustración de la primera clínica se debió a factores económicos, pero la reglamentación intentada pudo servir de guía para más adelante.» [p. 194].

Se recurre a «la filantropía de las clases altas; los más favorecidos, los que podían practicar la caridad cristiana atendiendo a la utilidad social de las mejoras hospitalarias para el beneficio de los «indefensos». « [p. 185].

La recepción de la mentalidad etiopatogénica, sustentada en las teorías de Pasteur, que darán un impulso arrollador a la medicalización no sólo del ejercicio de la obstetricia («el parto debe considerarse como un acto quirúrgico», Alberto Bernal Nicholls) [ref. 380, p. 178] sino de todas las personas y por ende de toda la sociedad.

La fundación de las diferentes instituciones científicas («medicalización estatal» [p. 170]: En 1871, la Facultad de Medicina y la creación de las prácticas universitarias en el Hospital de Caridad de Medellín. En 1887, la Academia de Medicina de Medellín, «fundada como cuerpo consultivo del Gobierno de Antioquia» [ref. 356, p. 168].

Todos estos hechos demuestran la existencia de «estrategias de un poder estatal de las que una medicalización lenta, pero persistente e intromisiva, se constituyó como primordial mecanismo.» [p. 171]. Se establece una interacción de intereses entre el Estado y los médicos. Se refuerza el matrimonio, «la unión sagrada primero, y legítima después frente a las leyes civiles», «la fecundidad de la pareja y sobre todo, la salud física y moral de las madres de las que dependía todo lo demás.» [p. 171]. De esta manera la medicina se convierte en una forma más del poder estatuido. A pesar de lo cual, y precisa-

mente por ello, es bastante alarmante la afirmación de la autora, que pudiera servir de conclusión final [p. 198]:

«No se admite, pero en realidad la instauración de la Ginecología y de la Obstetricia no ha podido resolver los problemas de fondo que tienen que ver con las condiciones sociales y económicas de las mujeres en Antioquia, sobre todo en áreas rurales.»

CONCLUSIONES

La bibliografía consultada, vasta y rica, pone al descubierto lo poco que se escribe en nuestro medio y lo mucho que se deja de archivar de lo que se escribe. Por ejemplo, en nuestros hospitales, después de cierto tiempo eliminan las historias clínicas.

Se destaca de manera muy acertada la condición histórica de la mujer en nuestro medio y las fuentes de la opresión a que ha estado sometida. Los testimonios consignados son patéticos.

Quedan esclarecidas las raíces del oficio de comadrona, se explican las características de su comportamiento y se consignan con mucha precisión los intereses de fondo y las formas que ha adoptado su lucha por sobrevivir como una alternativa de atención obstétrica.

Se describe la tortuosa y lenta asunción de la obstetricia por los médicos y se detallan los medios empleados por ellos para lograr su dominio del oficio.

Se esclarece cómo se han utilizado los factores de poder, a saber, el religioso, el económico y el

político y su concreción en el Estado, para medicalizar la sociedad a costa de convertir la medicina en otra forma de poder.

Se muestra la manera cómo se han puesto la tecnología y la ciencia al servicio de las ideologías.

Sin embargo, y por los mismos motivos acabados de anotar, la medicina y en particular la ginecología y la obstetricia no logran modificaciones de fondo en la situación que pretenden solucionar, lo cual está indicando no sólo su crisis sino la del Estado y de todo cuanto lo sustenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aristóteles: *Física*, 184^a, 16-21, Madrid: Gredos; traducción de Guillermo R. de Echandía, 1995.
De anima, 406^a, 21-25, 434^a, 30, Buenos Aires: Leviatan; traducción de Alfredo Llanos, 1986.
Metafísica, 980^a, 1, Madrid: Gredos; traducción de Tomás Calvo Martínez, 1994.
Acerca de la generación y la corrupción, 324^a, 14-15, Madrid: Gredos; traducción de Ernesto La Croce, Alberto Bernabé Pajares, 1987.
2. *Corpus Hipocraticum: Sobre la enfermedad sagrada. Tratados hipocráticos*, Madrid: Gredos; 1983, Tomo I, traducción de Carlos García Gual, p. 390. 3. García Ballester Luis: *Galeno*, Madrid: Guadarrama; 1972.
4. Fleck Ludwik: *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Madrid: Alianza; traducción de Luis Meana, 1986.
5. Leibniz-Clarke: *Correspondencia*. Traducción de Eloy Rada: *La polémica Leibniz-Clarke*, Madrid: Taurus; 1980.
6. Restrepo Cuartas Jaime: *Ensayo sobre historia de la medicina en Antioquia*, Medellín: Universidad de Antioquia – Amda; 1984.
7. *Corpus Hipocraticum: Sobre la ciencia médica. Tratados hipocráticos*, Madrid: Gredos; Tomo I, traducción de Carlos García Gual. 1983.
8. Celine Louis Ferdinand: *Semmelweis*, Madrid: Alianza; traducción de Juan García Ortelano, 1968.
9. Lyons Albert S, Petrucelli R. Joseph: *Historia de la Medicina*, Barcelona: Doyma; traducción de María José Báguena, José Luis Barona, José Luis Fesquet, 1980, p. 550.
10. *Ibid*, p. 530.
11. *Ibid*, ps. 529-530.