

Biopolítica y mortalidad materna

Biopolitics and maternal mortality

Por: Fidel García Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Nacional de Salud Pública INSP. México
filospio@hotmail.com
Recepción: 07.08.2017
Aprobación: 29.11.2017

La administración y cuidado de “lo βίος” (como forma de existencia) la vida, el cuerpo y sus posibilidades sexuales y reproductivas, se han configurado en la historia de Occidente desde distintas fuerzas. Una de las más destacables, me atrevería a afirmar que la más sobresaliente, ha sido el androcentrismo patriarcal. Con este concepto me refiero a la postura que sitúa al hombre, en tanto masculino, en el centro del universo. Retomo el concepto patriarcal en el sentido que lo propone la historiadora Riane Eisler (1990) donde el patriarcado y su lenguaje representan la negación de la solidaridad humana, pues propone culturalmente la competencia y lucha de fuerzas en el ámbito de sexo-género entre hombres y mujeres, mediante la dominación, guerra, jerarquía, control y obediencia en la que el hombre se impone frente a la mujer.

Una de las posibles causas de la victoria de esta fuerza violenta y destructiva de dominación, implicada en toda la administración de lo vivo, se puede rastrear de acuerdo con Sagols (2014) en la crítica al patriarcado de las teorías de inferiorización y sometimiento de los otros vivientes, en la lógica de la agresión maligna y cruel; la cual “busca matar al semejante”, operación que inicialmente ejerció el hombre hacia la mujer y posteriormente se extendió hacia otros vivientes considerados como “débiles”.

En este sentido, podemos advertir que, en los conceptos de biopoder y biopolítica propuestos por Michel Foucault, se encuentra implicada la violencia destructiva del androcentrismo patriarcal. Esto se puede identificar en el derecho de vida y muerte del biopoder, el cual consistía en la capacidad soberana de hacer morir o dejar vivir. Y en la motivación biopolítica de hacer vivir o expulsar a la muerte.

Para Foucault (2001), el objetivo central de la biopolítica fue producir objetos de saber, así como producir cuerpos dóciles que proclamen su utilidad en virtud de la misma administración biopolítica. Al respecto de la reproducción, nacimientos, fecundidad y tasas de reproducción de una población cualitativa y cuantitativamente. Así como establecer bancos de control sobre la población en estrategias políticas. Ejemplo de esto lo fueron las políticas a favor de la natalidad a partir del siglo XVIII en las que se trataba el problema de la fecundidad y la morbilidad, donde la morbilidad se analizó por vez primera en la administración de lo viviente, no como muerte para todos, sino como característica de un grupo poblacional en específico, en donde hay factores permanentes de incidencia que afectan los procesos de la vida y sobre los cuales la biopolítica tratará de sustraer fuerzas para debilitar las energías de su *modus operandi*, pues se hace conciencia de que la morbilidad implica una cantidad de fenómenos determinados que pueden ser identificados y suprimidos.

Aunque la biopolítica se describa como una tecnología del poder que aspira al equilibrio global de la población, Foucault (2001) advierte que heredó e integró el carácter disciplinario del poder en el sentido administrativo [androcéntrico patriarcal] del cuerpo y de la vida; produciendo objetos de saber que le han permitido justificar su *modus operandi* en el control y administración total de la vida y los cuerpos de una población. Resaltando que su carácter disciplinario radica en el control mismo de la vida. El saber médico es uno de estos objetos resultantes, pues a través de la medicalización del cuerpo y de la sustracción de sus fuerzas, la biopolítica se ocupó de la reproducción, natalidad y morbilidad de la población. En este sentido, la práctica médica ha producido el cuerpo de la mujer embarazada a partir de diferentes mecanismos dentro de una red de instituciones, con la finalidad de establecer y afianzar un control incondicional sobre dichos cuerpos, tanto a nivel individual como poblacional.

Para analizar el desarrollo de la corporalidad, asumiré que la producción y construcción del cuerpo de la mujer embarazada es efecto, en gran medida, de la formación discursiva del saber médico, el cual se refleja en las diferentes políticas, normas, convenios y legislaciones, en materia de salud y trabajo, respecto a la salud materna; así como en el trato cotidiano en la relación médico-paciente de las instancias de atención y seguimiento a dicha salud, que ofrecen los servicios del país. La configuración del cuerpo individual y poblacional de la

mujer embarazada, desde la mirada médica, requiere esclarecer aquello que define y caracteriza al campo médico, como el más apto, epistemológicamente, para dicha labor.

Según el especialista en sociología médica y salud reproductiva, Roberto Castro, la profesión médica, como toda ocupación profesional, ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de modo tal que ha logrado controlar la determinación de la esencia de su propio trabajo, definiendo al cuerpo como su objeto de saber, incidencia e investigación, y la esencia de su campo.

En los servicios de salud, señala Erviti Erice, que el cuerpo de los pacientes está bajo la mirada médica, la que como parte del proceso de revisión, diagnóstico y tratamiento médico, destaca lo que diferencia a los pacientes de la norma y los ubica del lado de los enfermos; de modo que la mirada médica produce corporalidades dentro y fuera de la norma (Erice, 2013, p. 121).

En consecuencia, la autonomía que alcanzó la medicina históricamente como profesión se debe a que asumió al cuerpo como objeto epistemológico de su quehacer.

La autonomía de profesión se refiere al control sobre el aspecto técnico en el quehacer de toda profesión. Lo cual explica el atributo de cualquier profesión de dictar los términos con que nombrará los problemas con los que trabaja. De modo que los integrantes de una profesión reclaman para sí mismos la capacidad de juzgarse técnicamente. La autonomía profesional, es por tanto, la capacidad de sustraerse del juicio de los legos y de reservar para los especialistas de la propia profesión, la evaluación del trabajo que se realiza (Castro, 2013, p. 145).

La producción del cuerpo, desde la mirada médica, es resultado de los discursos dominantes en la ciencia médica y el ámbito político. Roberto Castro advierte una alianza entre el Estado y la profesión médica para la promulgación de leyes que garantizan el monopolio de la práctica médica, científica e institucionalizada en detrimento de otras medicinas alternativas. “Dicha alianza fue posible no sólo por el desarrollo académico y científico de la medicina moderna, sino porque hubo condiciones sociológicas específicas que lo permitieron” (Castro, 2013, p. 145).

De manera que las mujeres y sus cuerpos durante el embarazo son resultado de una mirada específica dentro del campo médico. Advierte Foucault (2001), que dicho mirar tiene efectos propios en la relación saber-poder que se aplica sobre el cuerpo y la población; tanto como tecnología disciplinaria del cuerpo y tecnología disciplinaria de la vida.

Esa mirada productora del cuerpo abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza, orientados a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital ideológico específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción política, comercial, científica, profesional y sus derivaciones en la conformación de los cuerpos de las mujeres que cursan un embarazo.

El campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social, que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, (como los formuladores de políticas, los médicos, personal de enfermería, personal paramédico, profesores, estudiantes de todas estas especialidades); y por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico [“científico”] del campo y de manera marginal, en tanto actores con menos poder para operar dentro del campo, se encuentran las usuarias y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo (Castro2013, pp. 145-149).

Los antecedentes de la construcción androcéntrica de la mirada médica sobre los cuerpos femeninos son de origen social y político. De acuerdo con Foucault, desde el siglo XVIII se ha patologizado a la mujer, al ejercicio de su sexualidad y su cuerpo; reduciendo todos estos asuntos al ámbito médico por excelencia (Cfr. Foucault, 2008, pp. 163-165).

En el caso de la maternidad es altamente frecuente que las mujeres sean tratadas como enfermas dentro de la práctica médica. Esto como efecto de la misoginia que históricamente ha oprimido los cuerpos femeninos durante el embarazo, parto y puerperio. Dicha

patologización, desde la práctica médica, ha tenido la intención de controlar todas las condiciones de vida de las mujeres, siempre a favor de la figura médica autoritaria-patriarcal.

Un ejemplo concreto es el abandono histórico del parto vertical, el cual desde antes del siglo XVII era una práctica común que, a diferencia del parto horizontal, permite a las mujeres tomar postura activa en el desarrollo del parto, dilatar más rápido; además es una práctica que genera menos dolor e implica menores condiciones de sufrimiento fetal, entre otras ventajas.

En este abandono histórico del rol activo de la mujer durante el parto vertical, se puede constatar que la hipermedicalización del embarazo, parto o puerperio, no es más que la intención de normar los parámetros de “salud materna” desde el saber médico, al igual que normalizar las condiciones de control sobre las mujeres y sus cuerpos.

Otro ejemplo puntual de la desposesión del rol activo de la mujer en el parto es el abuso indiscriminado de la cesárea, el cual, de acuerdo a la OMS, debe tener una incidencia de 15 cesáreas por cada cien embarazos normales y no sobrepasar la cifra de 20 por cada cien, en el caso de los embarazos de alto riesgo. Sin embargo, en México estas cifras se rebasan especialmente en el sector privado donde se practican hasta 70 cesáreas por cada cien nacimientos.

De modo que, siguiendo a Foucault (Cfr. 2001), la práctica médica ha producido el cuerpo de la mujer embarazada a partir de diferentes mecanismos de patologización, que asumen que no es más que una de las maneras de espaciar, concentrar y dar objeto corporal a la enfermedad como fuente de distribución y localización del mal; normalizando la relación: embarazo = enfermedad = posibilidad latente de muerte.

Desde el discurso médico, el cuerpo de las mujeres, entendido como objeto de saber de la práctica médica, ha tenido un acceso denegado a la ciudadanía por su determinación a priori como cuerpo pasivo, paciente, enfermo, dependiente, indigno, condicionado a la vulnerabilidad. El enfoque patológico y enfermo de éste tiene también fundamento en una cultura de género aún dominante, la cual establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, ni de su sexualidad.

La configuración del cuerpo de las mujeres embarazadas, desde la mirada médica, cuenta con elementos negativos que posibilitan escenarios, dentro de todo un sistema de salud, que las conducen hacia la muerte, no de manera directa, al menos no necesariamente; sino de forma gradual, sutil y marginal. Dicha expulsión hacia la muerte opera, de manera primaria, a partir de la serie de negaciones atribuidas al cuerpo, expuestas anteriormente, en las que se desconoce la condición humana de ciudadanía, capacidad de autonomía, valor en sí mismas, entre otras.

Las amenazas de muerte en las mujeres en este *modus operandi*, no sólo son toleradas y reproducidas, también son impuestas en ejercicios descriptivos del saber médico, como características “naturales” o propias de la condición del embarazo. De manera que, son las categorías binomiales del sexo masculino o femenino las que dan, o restringen, el acceso a la vida del cuerpo y de la especie. Para Foucault (Cfr. 1977), en la tecnología política de la vida, el sexo queda como el pozo del juego político, pues depende tanto de las disciplinas del cuerpo, como de la regulación de las poblaciones.

El sexo es utilizado también por la práctica médica como herramienta disciplinaria y regulatoria de la vida y como parámetro inicial de la biopolítica que determina, por tanto, aquellos cuerpos que hay que hacer vivir o preservar y cuáles pueden ser expulsados hacia la muerte de manera aleatoria. De modo concluyente, pensar la morbimortalidad materna, desde una lógica de administración androcéntrica patriarcal autoritaria, como problema sobre una masa viviente, despersonaliza la condición humana de los cuerpos individuales de cada mujer y cada embarazo, impide dinámicas de reconocimiento en la relación médico-paciente, personal de salud-paciente, e impone un desequilibrio en la balanza que administra la vida desde las políticas públicas, ya de por sí excluyentes y patriarcales.

En esta configuración y producción específica del cuerpo de las mujeres, en sentido individual y poblacional, se normaliza la muerte como posibilidad administrativa, desde algunos poderes, los cuales responden a cierta óptica, cuyo carácter es androcéntrico, patriarcal y autoritario, cualidades que reprimen el ejercicio libre de los derechos humanos para las mujeres y sus cuerpos. Dicho carácter normativo de expulsión hacia a la muerte puede ser desarticulado, reducido y eliminado a partir de dinámicas que, en sentido

proporcional, respondan a otras fuerzas, en las que las mujeres tomen postura activa en el cuidado de sí, en un auténtico ejercicio de ciudadanía, lo cual permitiría paulatinamente despatologizar el embarazo, parto y puerperio, así como el cuerpo femenino.

Dicho en términos foucaultianos, es urgente evidenciar que el cumplimiento de las necesidades fundamentales de la vida es también una obligación política y que, sólo a través de nuevos métodos de acción ante el androcentrismo totalitario, es posible reorientar la administración de lo viviente hacia una en la que la eliminación de la violencia destructiva y la inclusión equidad de género sean elementos que permitan disminuir y erradicar los escenarios de injusticia social que viven las mujeres y sus cuerpos.

Las acciones de resistencia hoy tendrían que ir encaminadas a que las mujeres, embarazadas, en proceso de parto o puérperas, tomen postura activa y asuman el cuidado de sí, en la confirmación de una auténtica ciudadanía. Esto requiere de una reconfiguración política en la administración de la vida, donde la activación del ejercicio político de las mujeres y de la sociedad civil genere efectos de reapropiación de las instancias del Estado; en la que una maternidad sin riesgos sea un asunto de derechos humanos que permita trasladar el problema de la muerte materna del ámbito puramente médico, orgánico y biológico, al terreno de la responsabilidad social.

Referencias

- Castro, R. (2013). “Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva” en: C. Agoff, I. Casique., R. Castro (Coord.). *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Eisler, R. (1990). *El cáliz y la espada*. Santiago de Chile: Editorial cuatro vientos.
- Erviti, J. (2013). “Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en salud reproductiva” en: C. Agoff, I. Casique., R. Castro (Coord.). *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

_____. (2001). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

_____. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.

_____. (2008). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.

_____. (2012). *El nacimiento de la biopolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Freyermuth, G. (2015). *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Morey, M. (2014). *Lectura de Foucault*. Madrid: Sexto piso.

Pabón, S. & De Urbina, José M. (2007). *Diccionario Manual, Griego clásico- Español*, Madrid: Editorial Vox.

Sagols, L. (2014). *La ética ante la crisis ecológica*. México: Editorial Fontamara.

Villanueva, E. (2010). “El maltrato en las salas de parto; reflexiones de un gineco-obstetra” en: *Revista CONAMED*, 151 p. Vol.15, N° 3. Julio- Septiembre.

Artículos en Línea

“Parto natural o cesárea. ¿Qué dice la ciencia?” En: *UNAMirada a la ciencia*, edición mensual, Año X, Núm. 114, Mayo. En línea <http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/stc_metro/consulta_stcm_pdf.cfm?vArchivoStcm=114>, [Consultado la última vez el 22 de noviembre de 2016]).

Roberto Uribe E., “Mortalidad Materna”. Artículo en línea <http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf>, [Consultado la última vez el 22 de noviembre de 2016].