

Guaria Cárdenes Sandí
y Marcia Ugarte Barquero

La mujer frente a las tecnologías médicas: Problemas éticos en el proceso del parto

*¡Mi cuerpo es capaz de parir,
es fuerte y está preparado!*

Abstract. *The cultural and social perception of women depends on the conceptualization by the medical staff, especially the gynecologist. They have a strong influence in the creation of the female ethos, which defines the female condition. The manuals and books of Gynecology have been written basically by men, and they give a prejudiced point of view of biological data. Medicine reproduces a stereotype that hides and denies women's ideas, perceptions, and experiences. Because of that, we will analyze the process of childbirth from an ethical point of view, considering the ethical conflicts and their possible causes.*

Resumen. *La imagen social y cultural que se tiene de la mujer depende, de alguna manera, de los médicos y en especial de los ginecólogos, los cuales influyen de manera significativa en la creación del ethos femenino y, por ende, en la definición de la condición que ocupa la mujer. Al realizar un análisis de los manuales y libros de ginecología, escritos en su mayoría por hombres, se observa que éstos proyectan una imagen de la mujer que no es más que una visión prejuiciada de los datos meramente biológicos. Debido a que la medicina reproduce, de una u otra manera, el estereotipo que invisibiliza e inutiliza las ideas, percepciones y experiencias de las mujeres, se analizará el proceso del parto desde el punto de vista ético, es decir considerar de una forma general los conflictos éticos y sus posibles causas. Se con-*

sidera conveniente analizar el parto (proceso importante de la maternidad) ya que es una actividad y posibilidad exclusivamente femeninas.

Las mujeres son las que ejercen la maternidad, esto debido a una predisposición biológica reforzada por procesos psicológicos inducidos por medio de la socialización; no se trata de un proceso biológico-natural, ni tampoco de un entrenamiento socio-cultural intencionado. Simplemente, las madres generan hijas con capacidad y deseos de ejercer la maternidad. Esto contrasta con la visión algo extendida de que la maternidad es prácticamente un deber y se censura socialmente el no tener hijos o hijas cuando se llega a cierta edad.

Este es tan solo un ejemplo de cómo las construcciones sociales y, dentro de éstas la ética, se han encargado de definir la realidad femenina no en función de un proceso de humanización, por el contrario, estas proyecciones éticas dan nociones erróneas acerca de las mujeres. El *ethos* que se ha formulado no es consecuencia de un dato antropológico real, sino un producto ideológico de interés, o visto de otra forma es una realidad a la cual se añade un tremendo prejuicio. Por lo tanto, se crea alrededor de la mujer un mundo ideologizado que va en detrimento de su dignidad como ser humano.

La imagen social y cultural que se tiene de la mujer depende, de alguna manera, de los médicos y en especial de los ginecólogos. Estos especialistas

influyen de manera significativa en la creación del *ethos* femenino y, por ende, en la definición de la condición que ocupa la mujer. Al realizar un análisis de los manuales y libros de ginecología, escritos en su mayoría por hombres, se observa que éstos proyectan una imagen de la mujer que no es más que una visión prejuiciada de los datos meramente biológicos.

Debido a que la medicina reproduce, de una u otra manera, el estereotipo que invisibiliza e inutiliza las ideas, percepciones y experiencias de las mujeres, se analizará el proceso del parto desde el punto de vista ético, es decir, se considerará de una forma general los conflictos éticos y sus posibles causas. Se considera conveniente analizar el parto (proceso importante de la maternidad) ya que es una actividad y posibilidad exclusivamente femeninas, además de ser un claro ejemplo donde se evidencia esta construcción ideologizada de la mujer.

Antiguamente las mujeres tenían a sus hijos en casa asistidas por parteras; hoy la mayoría de las mujeres paren en un centro hospitalario, donde existe, en teoría, personal capacitado para su atención. Debido a lo anterior se considera importante analizar el trato que el personal médico, en general, brinda a las mujeres que ingresan a parir a estos centros (esto en el marco costarricense).

En este momento surgen preguntas tales como, ¿de qué manera visualiza el personal del hospital a la mujer embarazada? ¿Es tomado en cuenta el conocimiento femenino y en particular el conocimiento de su propio cuerpo a la hora de parir? ¿Son las declaraciones, acuerdos, etc. sobre los derechos de los pacientes suficientes para garantizar no sólo una maternidad segura, sino digna?

Reseña histórica sobre el proceso de parto

No es posible tratar el proceso del parto en la actualidad sin tener un marco de referencia histórico, para poder observar cómo ha ido cambiando la visión sobre éste.

En efecto, puede afirmarse que en los pueblos más primitivos de los que se tenga memoria se brindó ayuda, de acuerdo con las costumbres de la época, a las mujeres que estaban por dar a luz.

En el siglo V a.c., el gran Hipócrates se dedicó a preparar e instruir a las parteras. En el siglo II d.c., Sorano de Éfeso actuó como partero y se sabe que no solo negó el poder de los espíritus y supersticiones, sino que tomó en cuenta los sentimientos de la misma mujer (Read, 1964: 29).

En la época prehispanica las parteras existían en las comunidades indígenas, donde eran respetadas y reconocidas como líderes; su papel no solo se centraba en recibir al niño sino que procedían, también, a bautizarlos. Por otra parte, le entregaban al recién nacido pequeños y diversos instrumentos según el signo bajo el cual habían nacido: flechas si sería guerrero, pinceles si se dedicaría a pintar. No obstante para las niñas, independientemente de su signo, había escobitas e instrumentos de juguete para tejer (Araya, 1999: 29).

En la Edad Media, sin embargo, las mujeres parecen haber sido abandonadas. El parto se consideraba como el fruto de un pecado carnal que había que pagar con dolor, la ausencia de cuidados y atenciones hizo que la mortalidad materna e infantil tuviera niveles nunca vistos. En muchos países se consideraba un crimen que hombres atendieran a las mujeres en el parto, lo que se extendió, inclusive, hasta el siglo XVI.

En el Génesis, capítulo tercero, versículo 16^o se lee: "A la mujer dijo: multiplicaré en gran manera tus dolores y tus preñeces; con dolor parirás los hijos". La interpretación de esta sentencia en el sentido de que la mujer, a causa de su pecado original, está condenada a una infinidad de pesares y dolores, especialmente en la concepción, alimentación y educación de sus hijos, ha tenido considerable influencia en las comunidades cristianas. Incluso a mediados del siglo XIX esto era señalado por las autoridades clericales y médicas como justificativo para oponerse a todo alivio activo de los sufrimientos de la mujer en el momento del parto.

En la Biblia, además, se mencionan tales eventos con una connotación de impureza; para ejemplificarlo se puede leer en el libro de Levítico: "Habla a los hijos de Israel y diles: la mujer cuando conciba y dé a luz varón será inmunda siete días... más ella permanecerá treinta y tres días purificándose de su sangre, ninguna cosa

santa será tocada por ella...y si diere a luz a hija será inmunda dos semanas conforme a su separación y sesenta y seis días estará purificándose de su sangre”.

En 1529, el primero que se interesó por dar atención a la mujer durante el parto fue el francés Ambrosio Pare, quien logró grandes cambios y fue inspiración para las demás generaciones de obstetras. Impulsó la primera escuela para formar a estos especialistas que funcionó en el Hotal Diev de París (Araya, 1999: 4).

Hace menos de trescientos años, en Europa, los médicos comenzaron a actuar durante la labor de parto. El ingreso de la ciencia masculina, en cuanto a obstetricia y ginecología, posiblemente trajo consigo la represión y extinción casi por completo de las llamadas comadronas. Éstas tenían mucho *episteme* adquirido por la experiencia, transformado, más adelante, en conocimiento, el cual fue compartido y transmitido entre las mujeres, por ejemplo con hierbas para aliviar el dolor o iniciar las contracciones, etc. (Flansburg, 1999: 45).

En el siglo XIX se sentaron las bases de los conocimientos actuales de la ginecología. A mediados del siglo XIX no se contaba con la anestesia; no había sido descubierta. Hasta 1866 nada se sabía de la asepsia. Resulta difícil visualizar cesáreas realizadas sin anestesia y sin una mínima dosis de higiene, lo que daba lugar a un alto porcentaje de mortalidad hasta en la más simple de las operaciones. En 1847, Simpson utilizó por primera vez la anestesia. El 7 de abril de 1853, John Snow anestesió a la reina Victoria cuando nació el príncipe Leopoldo. Por haber utilizado la anestesia con este propósito, Simpson fue duramente criticado por la Iglesia. Evitar el dolor del alumbramiento era contrario a la religión y al sentido expreso de las escrituras: ¡no había derecho a quitar a Dios de los profundos y honestos gritos de las mujeres durante el parto!; pero afortunadamente la anestesia se impuso. Un año más tarde, en 1854, Florence Nightingale fue la primera mujer que hizo saber a todo el mundo que la limpieza y el aire fresco constituían necesidades elementales en la práctica médica (Read, 1964: 30s).

A pesar de los diferentes “esfuerzos” de los médicos, para 1900 el 50% de los partos todavía

era atendido por comadronas. Años más tarde éstas fueron acosadas por medio de vías legales y por el sector médico de la época, lo que produjo que muchas mujeres sin recursos económicos perdieran sus hijos y hasta su propia vida por falta de asistencia médica. Además, el conocimiento de los doctores era bastante restringido y prejuiciado en cuanto al cuerpo femenino; su supuesta medicina activa trajo consigo el uso de tecnologías como el empleo de fórceps y diversos medicamentos; aumento de intervenciones quirúrgicas, fármacos para inducir el parto, drogas para reducir el dolor, separación de la madre y el recién nacido y otros que no constituyen, necesariamente, un beneficio para la madre y el bebé (Flansburg, 1999: 48).

Los médicos presionaron y lograron aprobar las leyes regulando la práctica médica en gran cantidad de estados de los Estados Unidos, a finales del siglo XVIII. Éste fue uno de los detonantes de la primera ola feminista; ya en 1900 había aproximadamente 5000 mujeres médicos activas y unas 1500 estudiaban para entrar en la profesión (Flansburg, 1999: 48).

La idea detrás de la frase *propter uterum et ovaria est id quod est*, o sea *la mujer es lo que es por su útero y sus ovarios*, invade los tratados y libros de ginecología del XIX y todavía es posible ver vestigios de ésta en el siglo XX.

Actualmente, existen muchas más mujeres que se dedican a la ginecología y obstetricia, sin embargo, esto tampoco es del todo alentador, ya que estas mujeres utilizan técnicas médicas diseñadas por hombres, que en muchos casos no están acordes con la dinámica del cuerpo femenino, además de que se consulta a mujeres sobre un asunto estrictamente femenino.

Hay poca información acerca de la evolución de los servicios de salud para la mujer en Costa Rica, los datos que se encuentran registrados datan del año 1885. La medicina se ejercía, para ese año, en forma privada por médicos nacionales y extranjeros, era, así, un privilegio para la clase de más recursos; la mayoría de la población quedaba desprotegida. Fue en 1855 cuando el poder ejecutivo crea los distritos médicos para atender la salubridad pública e higiene además de la medicina legal y asistencia a los pobres, pero en el

detalle de sus funciones no se estimula nada que se relacione con la salud de la mujer. En 1875, el Dr. Carlos Durán se interesó por la atención de las mujeres durante el parto, a su vez, se sentaron las bases para la formación de la Facultad de Medicina y creación de la Escuela de Obstétricas. Sin embargo, todos estos avances se circunscribían a los centros capitalinos por lo que muchas comunidades rurales quedaban privadas de atención, incluyendo a la mujer embarazada. A raíz de esta situación persistió la figura de la partera como elemento fundamental en la comunidad para la atención de la mujer; no era cualquier persona la que desempeñaba esta labor, a pesar de que no se exigía un título profesional (Araya, 1999: 5s). En la actualidad, la cantidad de comadronas ha disminuido drásticamente debido, en gran medida, a la mejora de los servicios de salud y medios de transporte, además de que las madres prefieren, de una u otra manera, parir en un hospital.

Elementos de interés durante el proceso de parto

Parto es el "proceso gracias al cual sale al exterior, desde el claustro materno, el producto de la concepción una vez es éste viable. Se consigue casi en su totalidad por la actividad de la musculatura uterina (y en un tiempo razonable)". (Willson, 1973: 402)

En forma general, las labores de parto y el parto mismo se dividen en dos etapas: la primera incluye la dilatación de la cérvix y en la segunda el infante baja por la vagina, la madre da a luz y se produce la expulsión de la placenta. Además, cada una de estas etapas se subdivide. Los períodos de tiempo le dicen al médico si el proceso marcha normalmente (esto es, rápidamente). Cada etapa y subetapa tienen asignada un índice de progresión que se fundamenta en un análisis estadístico del índice característico en el 95% de los partos en estudio. La primera etapa (Fase latente) debe progresar a 0.6 cm/hora; la fase activa, subfase de aceleración, debe acelerar a 0.6 cm/hora; la fase activa, subfase de máxima aceleración, debe progresar a 1.2 cm/hora o más en un

primer parto, y a 1.5 cm/hora para partos posteriores; la segunda etapa debe progresar a 1 cm/hora y 2 cm/hora para el primer y posteriores partos respectivamente. La desviación de estos índices puede producir una variedad de desórdenes (o lentitud del proceso). Un índice demasiado lento conduce a una fase latente, activa o de desaceleración demasiado "retardadas" o "prolongadas" y la interrupción de la dilatación por períodos específicos lleva a varios tipos de "detención". El parto en sí ocurre como producto de la fuerza de las contracciones musculares. Durante éste, el médico será el "encargado" de eliminar temores y dar confianza a las futuras madres, por tanto, es su deber y no un favor el informar y resolver las dudas que, por lo general, inquietan a las mujeres en este complicado proceso como la duración del parto, el dolor, el tipo de anestésicos disponibles, el procedimiento que se piensa utilizar, quién la atenderá, etc. Además, una enfermera especializada o un médico debería permanecer en todo momento con la mujer, así como cualquier otra persona que ella desee la acompañe.

En cuanto al uso de anestésicos y analgésicos existen opiniones y posiciones divididas en los mismos médicos, ya que los que apoyan el "parto natural" opinan que la sedación puede aumentar la morbilidad infantil o producir futuros trastornos tanto a la madre como al niño y que esta necesidad de sedar durante la dilatación y anestesiar en la expulsión se podría evitar con una adecuada preparación prenatal. Como se señaló anteriormente durante todo el proceso de parto el médico servirá de sostén y no obligará a la paciente a aplicarse analgésicos o anestesia si de antemano ha escogido un método psicoprofiláctico, que consiste en un proceso de aceptación, integración, interpretación y órdenes por parte del cerebro más fuertes e intensas que las contracciones, con el fin de reducir el dolor o malestar. Algunas complicaciones que pueden presentarse por el uso de estos medicamentos son: problemas respiratorios del feto después del parto, amnesia y excesivo adormecimiento en la madre que no le permitirá cooperar durante el proceso de expulsión, por lo que se hará necesaria la utilización de más instrumentos; asimismo, si estas

técnicas no son administradas por un especialista podría darse una elevada mortalidad. La analgesia más común y conocida es la epidural, que se coloca entre dos vértebras lumbares y puede ocasionar anestesia espinal masiva, meningitis, absceso epidural, rotura de la aguja o catéter, etc.; ésta se utiliza como analgesia durante la dilatación y como anestesia para la expulsión.

El uso de fórceps es otra de las técnicas y consiste en instrumentos diseñados únicamente para extraer el feto del canal de parto o para rotar su cabeza dentro de la vagina, así, sólo se aplican en la cabeza y el operador debe estar entrenado en su uso. Se emplearán siempre que sea necesario terminar el trabajo de parto y de manera segura, en beneficio de la niña o niño y de la madre. El piquete o episiotomía es una más de las técnicas y consiste en un corte del periné (tejidos entre el ano y la entrada de la vagina) para facilitar la salida del bebé; entre las consecuencias de su uso se puede dar mayor sangrado, mala cicatrización, más dolor, hematomas, riesgo de infecciones, hinchazón, dificultades para orinar, defecar, sentarse y caminar, atender al niño, dolor al tener relaciones sexuales y posible necesidad de otras cirugías, con el riesgo que esto implica.

En el proceso de parto guiado por la partera se procederá, en primera instancia a establecer una comunicación sencilla y cariñosa con la parturienta con el objetivo de vigilar su respiración y contracciones, alentándola con alegría y seguridad, evitándole a la futura madre cualquier situación que la haga dudar de su salud y de la de su hijo. El momento de la fase de expulsión es para la partera el más importante y, por tanto, es cuando animará y dará mucho más apoyo a la parturienta. La partera ha informado a la madre y familiares, con anterioridad, los conocimientos básicos relacionados con cambios fisiológicos y emocionales que pueden darse en el trabajo de parto; ella utilizará su sentido común, la experiencia, su inteligencia y reparará en los sentimientos de la mujer, irradiando constantemente serenidad, armonía y paz, cumpliendo con el deber de proteger a la madre.

Reflexiones

Como se ha podido observar, los médicos han tenido y siguen teniendo una actitud muy diferente en relación con el proceso del parto del que tenían las comadronas a quienes reemplazaron. Éstos desean *controlar* el proceso de modo que las constantes del feto y de la madre sean continuamente supervisadas, por lo que las técnicas utilizadas por conveniencia u otros fines ajenos al bienestar de la madre y de su niño pueden ser peligrosas para éstos como, por ejemplo, apresurar la salida del bebé por medio de los fórceps o con medicamentos, drogas, cirugía y otras medidas que pueden interpretarse como invasivas. Se da un proceso de sistematización, normalización y medición, pero del modo "más exacto y objetivo". Además, el período de tiempo asignado tanto a la primera como a la segunda fase de las labores de parto se han venido reduciendo progresivamente desde los años 40, lo que quiere decir que la mujer cada vez dispone de menos tiempo para tener un parto "normal".

El conocimiento "*autorizado*" (científico) tiende a demandar una distancia frente a su objeto, por lo que los galenos acostumbra a ver a sus pacientes en términos de partes corporales que necesitan tratamiento (visión mecanicista que se presenta en la ciencia médica). Esta imagen de las tecnologías médicas es inculcada desde la misma formación de estos especialistas, ya que los textos obstétricos describen, por lo general, al cuerpo femenino en las labores de parto como si fuera una máquina de reproducción y el papel del médico se limita a *supervisor o administrador*; la madre se menciona muy poco y cuando ello sucede se hace de un modo básicamente fragmentario: "...no se sabe exactamente por qué comienza el parto, pero se ha visto que las modificaciones del líquido amniótico, placenta, miometrio, cuello uterino e hipófisis son todas importantes..."; "...cuando el parto comienza, la zona de la cabeza fetal situada inmediatamente por debajo de la eminencia parietal queda sobre el promontorio del sacro, la eminencia parietal opuesta se sitúa por encima del borde superior del pubis por delante..." (Willson, 1973: 412 y 416). Esta visión del parto es muy dañina porque predispone al

médico a ver a cada mujer como asustada e indefensa, además de quitar la autoridad de la madre como proveedora de información y tomadora de decisiones.

La variedad de monitores e instrumentos que se suelen utilizar durante este proceso es un aspecto muy grave (que se ubica también en un contexto nacional), ya que posibilitan que el personal médico no requiera apoyarse en las informaciones de la mujer en aspectos tales como el dolor; con esto la importancia de su experiencia, que es de primera mano, se niega y se le define como una participante en el proceso prácticamente pasiva. Aún cuando la mujer no esté medicada y conserve completamente su conciencia, su entendimiento de la situación estará subordinado a lo que los instrumentos de monitoreo dicen que está pasando; asimismo, se dan casos de maltrato verbal, actitudes despectivas o agresivas, indiferentes, ofensivas e incomprensión de su estado por parte del personal de los hospitales o clínicas. Todos estos sucesos permiten notar ciertos comportamientos poco éticos de que han sido y son víctimas las mujeres durante la labor de parto.

Ante toda esta serie de atropellos se ha dado cierta oposición o resistencia, de parte de algunas mujeres, ante la culminación del embarazo en un centro médico. Lo anterior ha obligado a tomar algunas medidas, como por ejemplo, retrasar su llegada al hospital hasta el último momento, para evitar la medición de la labor de parto o una posible cesárea; desconectarse de los aparatos de monitoreo; abandonar los cuartos y buscar una posición que consideran más cómoda durante la etapa de dilatación, entre otras. Una forma sana de realizar esta resistencia ante la cosificación de la mujer en el parto es el autoeducarse, el socializar e impartir información sobre la labor de parto con otras mujeres, elegir la forma de parto y la posición, conocer los instrumentos y medicamentos que se recomiendan, sus posibles consecuencias y el momento en que sea necesario utilizarlos, para así elegir los que desee que se le apliquen o rechazarlos del todo, a su vez, estar al tanto de las nuevas técnicas introducidas desde hace algún tiempo en clínicas privadas como el llamado

parto "en el agua". Otro ejemplo es el llamado "piquete" mencionado en el apartado anterior, ya que se ha demostrado que éste no es del todo necesario porque no evita los desgarros y, además, deja cicatrices incómodas; lo anterior según estudios de médicos, parteras y la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que la mujer decidirá y solicitará al médico o a la enfermera obstétrica la no aplicación de dicho corte, si así lo desea.

Todavía queda mucho camino por recorrer para devolver a la mujer su voz a la hora de solicitar y dar información, escucharla y tomarla en cuenta y darle todos los datos que desee conocer y deba saber es su derecho, ya que se trata de su cuerpo y de un ser que lleva dentro.

Actualmente, se cree que la estandarización del proceso de parto juega un papel normalizador en la práctica científica; ajusta entre sí el trabajo de diferentes científicos y grupos, elimina algunos resultados anómalos y ayuda a afinar juicios de confiabilidad.

A favor de los derechos del paciente, y en especial de la mujer embarazada, se han hecho declaraciones y documentos como la Declaración de Lisboa de los Derechos del Paciente y la Declaración de Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales; algunos de los puntos más importantes sugieren tomar en cuenta la decisión de la paciente luego de informarle, por ejemplo, sobre el tratamiento que se le recomienda así como elegir a su médico, asimismo concuerdan que se le debe informar y comunicar todo lo relacionado con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles. Los miembros de servicios hospitalarios deben saber escuchar a la paciente y a sus parientes con interés e interesarse en ella pero no sólo como ente patológico, sino también como persona, como ser racional y tratar de proporcionarle alivio físico y moral con ternura y cariño. En la Carta del enfermo usuario del hospital de la Comunidad Económica Europea, sobresalen los siguientes aspectos:

- el enfermo usuario del hospital tiene derecho a ser cuidado con respeto a su dignidad humana, convicciones religiosas y filosóficas,
- tiene derecho a ser informado de lo concierne a su estado.

En la Carta de derechos y deberes del paciente del Instituto Nacional de la Salud de España se señala que:

- el paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten su proceso y situación personal...
- tiene derecho a una asistencia técnica correcta, con los mínimos riesgos, dolores y molestias psíquicas y físicas.

En la Declaración de los Derechos de la Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de Colombia, obviando los anteriores, que son comunes, se distinguen:

- el derecho de la mujer a una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos que afecten su salud, su cuerpo, su sexualidad y que se respete su voluntad
- el derecho a una maternidad feliz, acompañada, deseada, libre, decidida, y sin riesgos
- el derecho a ser tratada y atendida por los servicios de salud como ser integral y no exclusivamente como reproductora biológica
- el derecho a que sus conocimientos y prácticas culturales, relativas a la salud, que la experiencia ha demostrado como acertados, sean tenidos en cuenta, valorados y respetados.

En cuanto a la mujer embarazada, tiene derecho a que previo a la administración de cualquier medicina o intervención, sea informada de los efectos, riesgos o peligros potenciales directos o indirectos para sí o para su hijo, así como el conocer el nombre y el contenido de esa medicina, de aceptar o no los riesgos de tomarla, si lo hace, y de someterse o no a una intervención, conociendo anticipadamente si lo que se va realizar es en beneficio de su hijo o si media otro motivo (conveniencia, propósito de enseñanza, investigación, etc.). También, la futura madre tiene derecho a ser informada cuando se le vaya a practicar una cesárea y antes de que se le administre cualquier medicamento o sedante; tiene el derecho a ser acompañada durante la atención del trabajo de parto por alguien a quien desee tener para sostén emocional y aliento, así como de elegir la postura más cómoda para sí misma y el bebé y de tener junto a ella a su hijo una vez que haya

dado a luz, y éste no presente complicaciones de salud, para cuidarlo y alimentarlo según sus necesidades.

De forma teórica, el respeto al paciente (en general), a su integridad física y psicológica, a su capacidad de elección, de decisión, a su dignidad y visión como persona, etc., es parte de los presupuestos de corte ético que han manejado los médicos desde hace ya mucho tiempo; pero sin duda, como en toda propuesta teórica, al llevar lo dicho a la práctica cotidiana, parece que estos presupuestos pierden algo de su finalidad y se producen tergiversaciones en la propuesta. Se considera que es sumamente interesante el ver cómo las acciones en un hecho tan común como el parto pueden ser contraproducentes para la integridad del ser humano (en este caso particular la mujer), lo cual implicaría, según lo descrito anteriormente, un serio problema ético.

Retomando un poco, los expertos y su ciencia "*objetiva*" se han apoderado de los pocos espacios en los que las mujeres todavía podían tener experiencias y producían su propio conocimiento. El conocimiento de las mujeres era (¿o es?) descartado por ser supuestamente acientífico y por considerarse producto de la irracionalidad. Lo anterior resulta en la ironía de que, al parecer, *todo* el mundo puede conocer sobre las mujeres y su cuerpo excepto ellas mismas. No se les considerada "*adecuadas*" para producir conocimiento por diferentes razones; por ejemplo, el ser juzgadas por estereotipos y prejuicios acerca de qué y cómo pueden conocer; su experiencia no equivale a conocimiento y a esa misma experiencia tampoco se le atribuye su valor total diferenciándola de la experiencia masculina; así como el que ellas encuentren dificultades reivindicando alguna autoridad para sí mismas, consecuencia de la primera y segunda barrera, al ser su conocimiento no reconocido.

Nosotras aspiramos a que la misma maternidad sea una opción, no un destino, por el que tengamos derecho a elegir cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y en qué condiciones, sean económicas, sociales o de otro tipo.

Bibliografía

- Araya Hernández, Johanna; y otros. (1999) *Experiencias cognitivas y prácticas de las parteras empíricas en la atención brindada a la mujer en el embarazo, parto y puerperio en los diversos cantones de Costa Rica en el primer semestre de 1999*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología. Seminario: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.
- La Biblia*. (1972) Madrid : Paulinas.
- Diccionario Léxico Hispánico*. (1979) Tomo II. México, D.F.: W.M. Jackson.
- Dick Read, Grantly. (1964) *Parto sin dolor*. Buenos Aires: Central.
- Enciclopedia de Medicina*. (1991) Tomo V. EEUU: Enciclopedia Britannica Publishers.
- Flansburg, Sandra. (1999) "El poder de conocer. Ciencia, conocimiento, y el cuerpo femenino durante el proceso de parto". Revista *Práxis*. Volumen especial. pp. 39-55. San José, C.R.: EUNA.
- Galley, Esther. (1977) *Manual práctico para parteras*. México : Pax-México.
- López Varela, Esteban. (1984) *Ética para las ciencias médicas*. San José: Stvdivm.
- Montagu, Ashley. (1965) *La revolución del hombre*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) *La salud y los derechos humanos: aspectos éticos y morales*. Washington, D.C.: OPS.
- Rodríguez Lobo, Mayela. (2000) "El piquete sí o no". En Periódico *Huella*. Luna de abril (1) p.7. San José, Costa Rica.
- Valverde Brenes, Francisco J. (1997) *Ética y salud: un enfoque ético para trabajadores de la salud*. San José, C.R.: EUNED.
- Willson, J. Robert; y otros. (1973) *Obstetricia y ginecología*. Barcelona: Salvat.

Guaria Cárdenes Sandí

Escuela Centroamericana de Geología y

Escuela de Filosofía

Universidad de Costa Rica

Marcia Ugarte Barquero

Escuela de Bibliotecología y

Escuela de Filosofía

Universidad de Costa Rica