

DOI: <https://doi.org/10.5902/2236672597148>

Hegemonía y antagonismo: reflexiones en torno a la disputa por la significación del parto

*Hegemony and Antagonism:
Reflections on the Dispute over the Meaning of Childbirth*

*Hégémonie et antagonisme:
réflexions autour de la dispute pour la signification de
l'accouchement*

*Hegemonia e antagonismo:
reflexões em torno da disputa pela significação do parto*

 **Rosario Ayala Villela**
Universidad Austral de Chile

Resumen | Este trabajo reflexiona sobre la construcción hegemónica de la medicalización del parto en las sociedades contemporáneas, apoyándose en la teoría posfundacional de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, en diálogo con otros autores afines. Se aborda el proceso de medicalización desde una perspectiva feminista y de estudios sobre la salud de la mujer que lo han analizado críticamente. El artículo sostiene que la hegemonía del discurso medicalizado se construye y fortalece mediante la expansión de sus puntos nodales y fronteras discursivas, su articulación con ideologías prevalentes en distintos contextos y la incorporación de elementos de discursos alternativos como una diferencia interna al sistema de significación, debilitando su potencial crítico. Se enfatiza la importancia de considerar el componente afectivo para comprender su fuerza hegemónica. Finalmente, se reflexiona sobre los aportes de esta teoría para el abordaje de la medicina como discurso de saber.

Palabras clave: Hegemonía; medicalización; parto; antagonismo; discurso.

Abstract: This paper reflects on the hegemonic construction of the medicalization of childbirth in contemporary societies, drawing on the post-foundational theory of Ernesto Laclau and Chantal Mouffe, in dialogue with other related authors. The process of medicalization is examined from a feminist perspective and through women's health studies that have critically analyzed it. The article argues that the hegemony of the medicalized discourse is built and reinforced through the expansion of its nodal points and discursive boundaries, its articulation with prevailing ideologies in different contexts, and the incorporation of elements from alternative discourses as an internal difference within the system of meaning, thereby weakening its critical potential. Emphasis is placed on the importance of considering the affective component to understand its hegemonic power. Finally, the paper reflects on the contributions of this theory for approaching medicine as a knowledge discourse.

Key words: Hegemony; medicalization; childbirth; antagonism; discourse.

Résumé: Cet article propose une réflexion sur la construction hégémonique de la médicalisation de l'accouchement dans les sociétés contemporaines. Notre travail s'appuie sur la théorie postfondationnelle d'Ernesto Laclau et de Chantal Mouffe, en dialogue avec d'autres auteurs proches. Le processus de médicalisation est abordé à partir d'une perspective féministe et les études sur la santé des femmes qui l'ont analysé de manière critique. L'article montre que l'hégémonie du discours médicalisé se construit et se renforce grâce à l'expansion de ses points nodaux et de ses frontières discursives, son articulation avec les idéologies prévalentes dans différents contextes et l'incorporation d'éléments de discours alternatifs comme une différence interne au système de signification, affaiblissant ainsi son potentiel critique. L'importance de prendre en compte la composante affective pour comprendre sa force hégémonique est soulignée. Enfin, il réfléchit aux contributions de cette théorie à pour aborder la médecine en tant que discours de savoir.

Mots clés : Hégémonie; médicalisation; accouchement; antagonisme; discours.

Resumo: Este trabalho reflete sobre a construção hegemônica da medicalização do parto nas sociedades contemporâneas, apoiando-se na teoria pós-fundacional de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe, em diálogo com outros autores relacionados. Se aborda o processo da medicalização desde uma perspectiva feminista e de estudos sobre a saúde da mulher que analisaram o tema criticamente. O artigo sustenta que a hegemonia do discurso medicalizado se constrói e se fortalece mediante a expansão dos seus pontos nodais e fronteiras discursivas, da sua articulação com ideologias prevalentes em distintos contextos e a incorporação de elementos de discursos alternativos como uma diferença interna ao sistema de significados, enfraquecendo o seu potencial crítico. Se enfatiza a importância de considerar o componente afetivo para compreender sua força hegemônica. Finalmente, se reflete sobre as contribuições desta teoria para a abordagem da medicina como discurso do saber.

Palavras-chave: Hegemonia; medicalização; parto; antagonismo; discurso.

Introducción

El presente trabajo reflexiona sobre la medicalización de las sociedades occidentales modernas, entendida como la construcción hegemónica la medicina como discurso legítimo para definir e intervenir cada vez mayores ámbitos de la vida, así como los antagonismos que han surgido en torno a este proceso. Esta reflexión toma como base empírica la salud de la mujer, específicamente los procesos a través de los cuales se construye y desafía el discurso medicalizado del parto. El análisis será nutrido por la perspectiva teórica posfundacional y posestructuralista de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, en diálogo con otros teóricos como Yannis Stravakakis, así como con los aportes en la operacionalización de conceptos realizada por Hernán Fair. Autoras feministas y especialistas en salud de la mujer serán clave para construir un marco de referencia desde el cual comprender la manera en que la medicalización actúa de manera diferenciada y específica cuando refiere a la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Más que proyectar un análisis cerrado en sí mismo, este artículo busca mostrar tensiones, profundizar en algunas reflexiones y abrir interrogantes que puedan contribuir al debate tanto de las herramientas conceptuales como de procesos sociales empíricos, tomando como punto de entrada la disputa por la significación del parto.

Este artículo se divide en cinco secciones. En la primera se exponen brevemente procesos sociales, políticos e ideológicos que caracterizaron la progresiva irrupción y consolidación de la medicina en la atención del parto. En la segunda sección, se exponen ideas fuerza fundamentales para desarrollar brevemente la perspectiva teórica; se explicitan sus principios ontológicos y se identifican algunas herramientas conceptuales clave para este análisis. En la tercera parte, se analiza el discurso medicalizado sobre el parto enfocado en tres aspectos que se consideran cruciales para sostener su eficacia hegemónica: la ampliación de la cadena signifiicante a través de la movilidad de sus fronteras, la articulación con ideologías prevalentes, y la incorporación de demandas de discursos críticos como una diferencia más interna al discurso hegemónico. El cuarto apartado realiza un breve análisis sobre discursos críticos y cómo éstos han antagonizado a la medicalización, contribuyendo a visibilizar la huella ideológica del discurso hegemónico. En la quinta sección se aborda la dimensión afectiva como un aspecto fundamental tanto de la hegemonía médica como de los discursos críticos, y se reflexiona sobre el reconocimiento de los límites empíricos y su relación con la propia falta estructural. Finalmente, se comparte una breve reflexión sobre los aportes y alcances de la teoría posfundacional del análisis político de discurso para el abordaje de la medicalización del parto.

Construcción y consolidación hegemónica: modernidad y medicalización del parto

El parto estuvo históricamente en manos femeninas, cuyo conocimiento era basado en la experiencia propia y de otras mujeres; se transmitía como herencia, y se acumulaba a través de la vivencia. Sólo en los últimos siglos este saber fue estigmatizado y excluido del saber legítimo a través de diversos mecanismos con distintos grados de violencia. De acuerdo con Silvia Federici (2016), el proceso comenzó con la caza de brujas en Europa durante los siglos XVI y XVII y posteriormente ampliado a las colonias. Se dirigió precisamente a expropiar y

expulsar a las mujeres de las prácticas y saberes en torno a la salud sexual y reproductiva, con el fin de tomar el control de los nacimientos, así como de la mortalidad fetal y neonatal. Fue a través de la expropiación de saberes, costumbres, propiedades y del control de las mujeres sobre sus cuerpos que el patriarcado logró asentar las bases necesarias para el surgimiento y desarrollo del capitalismo. De acuerdo con la autora, esta expropiación fue un eslabón clave para las nuevas formas de acumulación, así como para la formación del proletario moderno. El discurso de control sobre el cuerpo femenino y la salud sexual y reproductiva se habría conformado desde el discurso religioso y el poder feudal, que se consideraba desafiado por parteras y curanderas. Acusadas de brujería y herejía, las mujeres eran sometidas a violentas represalias como torturas y dolorosas muertes.

Esta legitimidad del discurso religioso se fue articulando, dando paso a la prevalencia del discurso médico en el control de la población. Peter Conrad (1992) cuestiona que exista un total desplazamiento de la religión como ideología moral dominante y como institución de control social por parte de la medicina, dadas las complejas y ambivalentes relaciones entre ambos discursos. A pesar de lo anterior, el sociólogo y médico detecta ciertos movimientos en esta dirección en su análisis de la medicalización de las sociedades. El autor constata que en la actualidad “muchas condiciones han sido transformadas de pecado a crimen a enfermedad” (p. 213)

Este proceso de secularización formó parte de la ideología moderna prevalente de los siglos XVIII y XIX, siendo una condición de posibilidad para que el saber ancestral de parteras fuera desplazado hacia el lugar de “otro” saber. Sus prácticas fueron significadas como reñidas con el ideal de la modernidad, la racionalidad, la ciencia y el patriarcado todo en un contexto marcado por la cuestión social, las condiciones higiénico-sanitarias y el control sobre las tasas de natalidad y mortalidad de la población.

La medicina logró abrirse camino en la atención al parto a pesar de que la presencia de hombres en este evento se había considerado obsceno durante la Antigüedad y la Edad Media. Esto no impidió que escribieran manuales en los cuales “sus sabios (o estúpidos) consejos constituían un revoltijo, amasado por hombres, de mitos, hierbas, astrología y superstición” (Epstein, 2010, p. 20). Evidentemente, la participación de la medicina en el parto no nació como un cuerpo de conocimientos preestablecidos y estandarizados basados en el método científico que, al ser aplicados a la salud de las mujeres lograron mejorar la vida y bienestar de las gestantes y recién nacidos.

La intervención de la medicina en el parto fue progresiva, con resultados variables, pues médicos podían contribuir a mejorar los resultados del parto, pero también en muchos casos, empeorarlos (Leavitt, 1986; Epstein, 2010). Hacia mediados de siglo XIX en Estados Unidos, la educación médica sobre el parto tomó auge, pero como muchos consideraban este asunto pudoroso, sólo aprendían sobre partos a través de libros o de exámenes sin la ayuda de la vista. En muchos casos, los registros y las notas médicas no eran fidedignas, pues se cree que puede haber una subestimación de daños iatrogénicos reportados con el fin de preservar la reputación y la clientela de médicos que buscaban expandir su participación en el mercado de la salud privada (Leavitt, 1986).

De acuerdo con la historiadora María Soledad Zárate (2007) en Chile, una alianza entre el Estado, la Universidad y la institucionalidad médica del siglo XIX logró afiarse con el objetivo de vigilar y disminuir prácticas folklóricas de curanderas, sanadoras y parteras. Esta unión estratégica buscaba tomar en sus manos un aspecto clave para los procesos demográficos que cobraron relevancia en el siglo XIX: el nacimiento. El ingreso de la medicina a este campo estuvo marcado por alianzas políticas, una incipiente formalización gremial, estereotipos de género y el ideal de progreso ilustrado moderno con su fuerte impronta patriarcal. Se estigmatizó a las parteras no sólo por ser mujeres, sino también por su clase social. A su vez, se negó el acceso de las mujeres al conocimiento médico universitario y se mantuvo bajo estricto control médico a las nacientes matronas, quienes eran calificadas siempre en una jerarquía inferior a la de los médicos. El criterio médico, que evaluaba no sólo los conocimientos sino también las cualidades morales de las postulantes, resultaba clave para que pudieran llevar a cabo sus estudios y prácticas.

El saber de las mujeres para asistir partos estaba estrechamente ligado al saber del propio cuerpo, siendo también éste excluido como fuente de conocimiento. Así, no sólo se deslegitimó el conocimiento de las asistentes del parto, sino que además se impulsó la desconexión de las gestantes con sus propias sensaciones corporales. Asistentes y gestantes quedaron despojadas de su agencia y su saber que se excluye para poder sostener la fantasía de este todo-saber médico.

Así, la medicalización del parto surge y se fortalece en la medida en que se articula con la ideología prevalente que comienza a desplazar un saber por otro, deslegitimando todo aquello que significa como una amenaza para los ideales que debían regir el nuevo orden social. Mujeres pobres, conocimiento heredado y “empírico” —a veces indígena—, el espacio íntimo del hogar; sujetas, cuerpos, saberes y territorios fueron lentamente progresivamente desprestigiados.

Si bien la alianza entre actores logró potenciar el poder de la medicina en el parto a través de la exclusión de los otros y otras, también hubo colaboración, o al menos, tolerancia a estas prácticas principalmente por la imposibilidad de abarcar el territorio nacional. A pesar de esto, quedaron supeditadas y eventualmente fueron reemplazadas por los actores de la medicina formal, encarnada en médicos obstetras y matronas (Zárate, 2007).

En este contexto marcado por el conflicto y la tolerancia —quizás recelosa—, el discurso médico en torno a la asistencia al parto se articuló en torno al significativo del parto laborioso. Esta idea cumplió la función de frontera para distinguir la práctica médica de aquella ejercida por parteras y posteriormente, matronas examinadas. En torno a él, el antagonismo se manifestó tanto en formas directas expresadas en críticas, juicios y prohibiciones; así como también en formas indirectas a través del control y la subordinación.

Esta idea-fuerza persiste y se ha profundizado en la actualidad, operación que ha sido posibilitada por: la ampliación de la cadena significativa y del efecto de frontera, su adecuación y articulación a nociones ideológicas prevalentes —en particular— el neoliberalismo y la lógica del riesgo; y por la incorporación de demandas de discursos críticos como una diferencia más dentro del sistema hegemónico.

La ciencia y la ilusión de armonía entre pensamiento y mundo

El concepto de ideología como discurso que opera construyendo la ilusión de cierre absoluto representa una herramienta analítica de gran riqueza para abordar el discurso médico y la manera en que va legitimándose como saber/poder en las sociedades contemporáneas. La medicina no sólo avanza en la intervención cada vez más amplia de la vida humana individual y colectiva, sino también al definir los límites entre lo problemático, lo patológico, lo indeseable de aquello que no lo es. Esta tendencia fue identificada por Michel Foucault (1978) quien define la medicalización de las sociedades en su fase actual, precisamente como un proceso en el cual este saber/poder se expande hasta identificarse con el campo discursivo total, carente de exterioridad. El autor sostiene que la medicina impone al paciente y comienza a abarcar cada vez más asuntos: “... lo que caracteriza al período presente en esta curva general es que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior” (pp. 27-28).

Es posible comprender esta potencia del discurso médico como una expresión de la búsqueda de certezas que se proyecta sobre la ciencia. Existe un consenso bastante generalizado en la teoría social en la cual se identifica la modernidad como un proceso histórico caracterizado por la dislocación de construcciones tradicionales, diagnóstico que comparte Yannis Stavrakakis (2007). Repasando a autores como Horkheimer, Szerszynski y Lacan, Stavrakakis sostiene que, frente a esa fractura, es la ciencia moderna la que reocupa el campo de las certidumbres premodernas. Así, en vez de sostener la duda y aceptar la realidad como construida siempre sobre la falta y sostenida por aspectos fantasmáticos, la ciencia moderna no abandona la idea de una armonía entre pensamiento y mundo, posicionándose como neutral y objetiva. Ambas construcciones operan bajo la misma lógica: “Resulta entendible que los hombres habituados a buscar construcciones absolutas continuaran necesitando en el universo moderno del sentido” (p. 132). De esta manera, nos dice el autor de la mano de Lacan, la sociedad moderna retorna al estado de mito: la exigencia de poder reducir la incertidumbre fue absorbida en el nuevo pensamiento, manteniendo la esperanza de encontrar —ahora en la razón— un principio universal capaz de explicar y dirigir el nuevo orden social.

La relación del análisis político de discurso con la idea de un saber total es abordada por Hernán Fair (2020) como uno de los tipos de fantasías ideológicas que pretenden llenar la falta constitutiva de toda entrada al mundo simbólico. Dentro de éstas, el autor identifica las fantasías objetivistas, en las cuales se proyecta un supuesto saber-total objetivo sin fallas; en su versión tecnocrática se proyecta el acceso a la realidad objetiva a través del saber experto de la ciencia, concebido como “desideologizado, despolitizado, puramente técnico, científico e ingenieril de lo social” (p. 97).

El análisis de la ciencia como principio de saber total coherente con la realidad objetiva de las cosas mismas, y la razón como principio auto fundante es parte de las reflexiones que han guiado el pensamiento crítico occidental de la modernidad en general, y del pensamiento lacaniano y su posterior diálogo con perspectivas posmarxistas y posfundacionales.

Perspectiva teórica: principios ontológicos y herramientas conceptuales.

Desde una postura crítica al esencialismo que ha caracterizado históricamente a la teoría política y social, Ernesto Laclau y Chantal Mouffe desarrollan su pensamiento a partir de los principios de la ontología lacaniana según la cual toda identidad se conforma siempre en base a una lógica relacional incompleta, abierta y marcada por la contingencia (Laclau y Mouffe, 2015). La imposibilidad de cierre total implica que toda identidad está construida en torno a una fractura provocada por la entrada al mundo simbólico frente a la cual se generan prácticas de articulación (Laclau, 2002). Estas prácticas articulatorias configuran un discurso, entendido como un conjunto de posiciones diferenciales cuya unidad no proviene de ningún principio subyacente a sí mismo. Presenta una regularidad en la dispersión —tal como sostiene Foucault—, configurándose al estar gobernada por ciertas reglas de formación que permiten detener, siempre de forma parcial, contingente y precaria, el continuo deslizamiento de significantes propio del mundo simbólico (Laclau y Mouffe, 2015).

Esta operación es posibilitada por el denominado punto nodal, en directa referencia al *point de capiton* lacaniano; puntos discursivos privilegiados que cumplen con la función de fijar la productividad de la cadena de significación, haciendo posible la predicación (Laclau y Mouffe, 2015). Ninguna cadena podrá jamás suturar la realidad, pues este continuo desbordamiento de todo discurso por “la infinitud del campo de la discursividad” (p. 154) expresa la apertura de lo social. La polisemia del significante conlleva la proliferación en la construcción de sentido expresando así el antagonismo como constitutivo de la realidad social. Este significante-amo no posee ningún rasgo en sí mismo que lo diferencie de los demás, su posicionamiento como punto nodal será siempre contingente, precario y, por lo tanto, siempre abierto a la subversión y la disputa (Laclau y Mouffe, 2015).

El punto nodal cumple una función de anclaje y articulación, así como también una función de encarnación de lo universal; posibilita la entrada de la noción de una totalidad en un campo construido en torno a una falta estructural radical que le impide saturarse. Representa la idea de un cierre extra-discursivo, a través de la construcción de límites contingentes y precarios que permiten la construcción de sentido al otorgar coherencia y permitir una cierta configuración de los elementos que lo componen (Laclau, 2021).

La ideología se presenta no como una falsa conciencia, pero sí como una distorsión que es necesaria para la construcción de lo social, pues es una fijación ficticia del sentido sin la cual no habría sentido en lo absoluto (Laclau, 2002). Crea la ilusión de un todo capaz de coincidir con los límites del campo a través de un particular que logra encarnar algo más que sí mismo, permitiendo así el acceso al universal (Laclau, 2021). La ideología se encarna a través de todo el tejido social, permitiendo cierta estabilidad que logra evitar el colapso en un “universo psicótico” (Stavrakakis, 2007 p.61) propio de la fragmentación absoluta y la disolución total. No es una distorsión de la realidad, pues ésta sólo puede surgir a través de la construcción de sentido que se estructura en torno a la falta, sino más bien la propia ilusión de que es posible colmar dicho vacío. El lenguaje, así como la propia sociedad “se constituyen como represión de la conciencia de la imposibilidad que los penetra” (Laclau y Mouffe, 2015, p. 169) y las maneras en que esa represión se lleva a cabo son construcciones ideológicas, que

en todo momento pueden ser subvertidas. La ideología no es, entonces, un velo que nos impide ver la realidad social, sino que pasa a ser su condición de posibilidad. En concreto, tal como sostiene Lacan: “En realidad, si lo vemos de esta manera, lo único que puede captarse es que hay filtros y que nos las arreglamos con esos filtros” (1992, p. 50).

La distinción entre prácticas discursivas y no discursivas se torna irrelevante, pues la estructura discursiva es una práctica articuladora que constituye y organiza las relaciones sociales (Laclau y Mouffe, 1985). Tiene carácter material y existencia objetiva; atraviesa todo el espesor de instituciones, rituales, prácticas a través de los cuales la formación discursiva se estructura (Laclau, 2021). Se impone a todo lo que ingresa al mundo simbólico (Laclau y Mouffe, 2015; Stavrakakis, 2007) al estar toda la realidad sujeta a éste: instituciones, prácticas, ideologías, se presentan entonces como discursos encarnados, intentos precarios de limitar la contingencia.

El análisis de discurso constituye una puerta de entrada para el estudio de la realidad social desde esta perspectiva, ya que los principios no son presupuestos implícitos, sino que se abordan de manera directa y profunda. En línea con los principios del psicoanálisis lacaniano, para Laclau:

El discurso es el terreno primario de la constitución de la objetividad como tal. Por discurso no entendemos algo esencialmente restringido a las áreas del habla y la escritura, como hemos aclarado varias veces, sino un complejo de elementos en el cual las *relaciones* juegan un rol constitutivo. Esto significa que esos elementos no son preexistentes al complejo relacional, sino que se constituyen a través de él. Por lo tanto, “relación” y “objetividad” son sinónimos (Laclau, 2021, p. 92).

Dado que, para este enfoque teórico, el discurso se presenta como una serie de posiciones diferenciales articuladas en torno a la falta que impide que el campo pueda efectivamente cerrarse, los antagonismos son relaciones que revelan los límites de toda objetividad (Laclau y Mouffe, 2015, p. 14). Tomando en cuenta que el discurso es pura diferencialidad, su exterior no es sólo un elemento –una diferencia más– sino que es el resultado de una exclusión, algo que la totalidad expelle para poder constituirse a sí misma. Esto implica que la totalidad siempre será fallida (Laclau, 2005, p. 94), pues sólo puede constituirse a través de la construcción de límites, quedando, por lo tanto, siempre algo que expresa que es un no-todo. Dado que en el mundo simbólico sólo existen significantes que remiten a otros significantes y que la fijación siempre será precaria, su exterior conformado por otros discursos le impedirá suturarse. Por esto, cada conjunto estable de diferencias será siempre subvertido por el campo de discursividad que le desborda (Laclau y Mouffe, 2010, p. 130).

Fuera del mundo simbólico se encuentra el Real lacaniano, aquello que por definición se resiste a la simbolización; lo que no se puede nombrar ni conceptualizar, un estado indeterminado e indiferenciado. Este exterior es inaccesible, pero se manifiesta como el límite que impide la sutura discursiva; es lo que permite la constante disputa y el cambio en la significación.

Dado que la ideología nunca puede ser una totalidad transparente y unívoca, siempre existen elementos con el potencial de poner en riesgo la representación de la realidad abriendo la posibilidad de construir nuevas formas de comprender el mundo. Estas dislocaciones son

momentos de choque donde se pone en cuestión la coherencia del sistema de significación, elementos que no pueden ser incorporados al sistema sin producir efectos remecedores en la realidad. Es a través de estas grietas que se muestra la imposibilidad de cierre, las cuales, aplicadas al campo de lo político y en terminología de Laclau (2002), son la “huella ideológica”, aquello que manifiesta la apertura y contingencia de lo social.

Parte de la herencia psicoanalítica de esta teoría se expresa en la relevancia que tiene la tensión entre distintos elementos y lógicas que operan en el ámbito simbólico en el que se inscribe la sociedad. Por una parte, se encuentra lo social, referido a elementos sedimentados que permiten sostener una estabilidad precaria y contingente; y por otra parte se encuentra lo político, espacio de la expresión de antagonismos que muestra el dinamismo propio de la lucha por construir nuevos sistemas de significación compartidos. Precisamente en este marco se inscribe su concepto de hegemonía, definida como una práctica en la cual se muestra el antagonismo a través de la presencia de la lucha política con otras prácticas articuladoras, redefiniendo las fronteras de manera móvil y afectando la construcción de identidades (Laclau y Mouffe, 1985). A través de esta operación se erige una forma de dominación política y social que interpela y logra articular una cadena equivalencial de significado y pluralidad de demandas, universalizando determinadas ideas y valores, de un modo atribuido como legítimo por los sectores interpelados. Objetiva un nuevo sentido común y encarna, imaginariamente, el orden comunitario como ausencia (Fair, 2015).

Tomando elementos de la teoría gramsciana y la importancia de los efectos de frontera, ambas autorías hacen hincapié en que las propias identidades son afectadas por este proceso, rechazando, por lo tanto, la unicidad del espacio político. No existiría un centro desde el cual se conforman los sujetos, por lo cual, en la lucha de posiciones se disputa el propio trazado de fronteras, impidiendo así que la formación hegemónica sea rígidamente fijada de manera exitosa de forma permanente. La eficacia hegemónica es definida por Hernán Fair (2015) como la capacidad para realizar una (re)construcción ideológica que logra transformar el sentido común prevalente en los actores interpelados: implica un efecto de objetivación, naturalización y sedimentación en lo social. Contribuye al olvido del momento político y a reprimir el cuestionamiento público de los ejes nodales del discurso dominante, restringiendo la dimensión polisémica y polémica del orden del significante. Parte de la fuerza hegemónica opera en la medida en que ningún elemento queda exento de la posibilidad de ser incorporado al orden hegemónico como una nueva diferencia interna, pasando a ser contrario, pero no externo al mismo. Esto ocurre cuando la fuerza opositora acepta el sistema de articulaciones básicas como aquello que niega, pasando así a definirse por los propios parámetros internos de la formación (Laclau y Mouffe, 2015).

Otro elemento propio de la herencia lacaniana clave para comprender la propuesta teórica del análisis político de discurso elaborada dice relación con los afectos y la fantasía en la potencia de toda promesa ideológica y construcción hegemónica.

El afecto está estrechamente vinculado al discurso, pues, en palabras de Laclau (2021), cualquier totalidad es el resultado de una articulación entre la dimensión de significación y la dimensión afectiva. El afecto se constituye a través de la catexia diferencial en una cadena de significación; a esto alude un concepto clave de su propuesta: la investidura radical (p. 143). En este proceso, un objeto parcial –el *objet petit a* lacaniano– adquiere un estatus privilegiado

al que se le transfiere una energía libidinal o carga afectiva. Esta parte permite la entrada al mundo simbólico de una noción de totalidad como aquella plenitud mítica que será buscada a través de los incesantes procesos de identificación. La dimensión afectiva es fundamental; mediante el proceso de sublimación se buscan rastros del goce de la plenitud mítica en objetos parciales, que el sujeto eleva a la dignidad de la Cosa (p. 145). En este sentido “La lógica del objeto *a* y la lógica hegemónica no son sólo similares: son simplemente idénticas” (p. 149).

Chantal Mouffe (2007) por su parte ha enfatizado la relevancia de lo afectivo tanto en la constitución de lo político como en su expresión en la dimensión política. Su principal crítica a las teorías de la democracia basadas en el consenso y la racionalidad es que dejan de lado la influencia de deseos y fantasías en los procesos de identificación. Desde Freud y con Lacan enfatiza el investimento libidinal que opera en la creación de identidades colectivas, las maneras en que se construyen lazos comunales debilitando potenciales destructivos.

Los aportes de Yannis Stavrakakis (2007) permiten comprender cómo opera la fantasía y el rol que juega en el análisis político de discurso. Buscamos acceder a la completud precisamente porque la fantasía opera retroactivamente, proyectando la plenitud como algo perdido y, por lo tanto, posible de recuperar. La fantasía no sólo hace que deseemos la plenitud, sino que además oculta la lógica desde la cual opera. Implica un “olvido de los orígenes” (p. 81), que recubre el hecho de que aquello que se añora sólo es efecto de la pérdida que produce la entrada al mundo simbólico y que no existía como tal en ese pasado mítico. En palabras del autor:

... es la falta la que introduce la idea de completud y no vice versa. Quiere decir que es un acto de poder, un acto de exclusión, lo que retroactivamente produce la completud que atribuimos a lo que fue excluido, a esa imposibilidad desconocida. Sin duda es de sentido común pensar que algo estaba allí antes de la exclusión, pues de otro modo la exclusión no tendría sentido; el único problema es que no podemos saber realmente qué era eso. Pensar que era un estado de completud es una ficción producida retroactivamente. (Stavrakakis, 2007 p. 74).

Esto permite estimular el deseo, cubrir la falta en el sujeto y en el Otro, entendido como el orden simbólico. De acuerdo con el autor, y siguiendo a Žižek y Lacan, la fantasía nos asegura que la completud no es imposible, sino que fue robada por Otro castrador que lo impide. Este elemento hostil es arbitrario y contingente; es una posición que puede ser adoptada por cualquier elemento independiente de sus características propias. Es una función necesaria que puede ser desarrollada por cualquier particular. De esta manera lo ontológicamente imposible se presenta como sólo como empíricamente obstaculizado, lo cual implica que sólo se debe buscar la manera de superar o erradicar aquello que lo impide (Stavrakakis, 2007).

Dinámicas de construcción y fortalecimiento de la medicalización del parto: esbozo de un análisis posfundacional

Históricamente el concepto de parto laborioso se estableció como un primer punto nodal en torno al cual se articuló la necesidad de que la medicina masculina pudiera intervenir un proceso que hasta entonces era considerado completamente sujeto a las fuerzas de la

naturaleza. Este concepto actuó como frontera explícita para definir quiénes podían y debían intervenir el proceso, tolerando el ejercicio de parteras y permitiendo bajo estricto control el ejercicio de matronas exclusivamente de aquellos partos denominados “naturales”. Así lo expresa María Soledad Zárate:

Aquella categoría, el parto complicado o laborioso, comenzaba a convertirse entre los galenos en la justificación más idónea de la presencia de un médico, dando pie para limitar y desprestigiar el papel de las parteras, aun cuando en numerosas ocasiones las dificultades a las que se enfrentaban no fueran producto de sus manipulaciones sino de un factor central que a los médicos les tomó tiempo reconocer: la desconocida e inherente naturaleza de aquellos alumbramientos catalogados como ‘laboriosos’ (p. 76).

Estas fronteras, tal como sostienen Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, han permitido la construcción de identidades y han sido objeto de luchas frente a la expansión de la cadena significativa del parto eventualmente complicado, y la contracción cada vez mayor de las posibilidades de un parto que no requiera intervenciones médicas. Esta movilidad en los binomios natural/laborioso, normal/anormal, patológico/sano, alto riesgo/bajo riesgo han sido criticados por sus límites ambiguos, móviles, polisémicos y subjetivos (Akrich et al., 2014; Arnau et al., 2012; Cahill, 2013).

Estos discursos se encuentran encarnados en prácticas, instituciones, protocolos, mercados y regulaciones que definen no sólo quién puede atender ese parto, sino qué tipo de intervenciones están justificadas, dónde se puede parir, qué nivel de tecnología se requiere, cuánto costará y una serie de otros factores de grandes implicancias en el evento material y físico del parto. En la actualidad, la matronería sólo puede atender partos normales. El *Código Sanitario Chileno* establece que “los servicios profesionales de la matrona comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido, como, asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva...” (Chile, Ministerio de Salud, 1967/1968, Art. 117).

Frente a un parto que no se desarrolla de acuerdo con los estándares definidos en los protocolos, aparece la posibilidad de intervenir; y con ello, puede desencadenar lo que activistas del parto denominan la “cascada de intervenciones”. Una intervención conduce a otra, y luego a otra más, hasta terminar muchas veces en una cesárea. A su vez, una cesárea previa suele convertirse en indicación para futuras cesáreas, cerrando así las posibilidades de esa mujer de poder vivir un parto con menores intervenciones médicas.

Esta singularidad de cada parto puede ser abordada de manera completamente diferente. Tal como sostienen sectores de la matronería, frente a un parto que no se perfila como dentro de la norma, el actuar se dirige hacia lo que definen como “volver a hacer que el parto sea normal”. La famosa antropóloga del parto, Robbie Davis Floyd cita a una partera certificada entrevistada que apunta precisamente a esta idea:

Por ejemplo, en el caso de un parto vaginal después de cesárea, que médicamente se considera de alto riesgo y casi universalmente las parteras no lo ven como de alto riesgo, lo que hacemos en este caso es hacer que el parto vuelva a ser normal. Y cuando pasan cuatro, cinco, seis horas pujando, también estamos haciendo que sea normal, tan normal como si una mujer que ha estado pujando durante tres horas y está exhausta, puede descansar y quizás en un par de horas se sentirá más fuerte y será capaz de volver a pujar y sacar al bebé. Cuando hacemos las cosas de este

modo, hacemos que el parto vuelva a ser normal. (Maggie, citada en Davis-Floyd, 2009, p. 142).

Matronas y activistas luchan por la definición de esta frontera que abre dos caminos con diferentes significaciones e implicancias en la manera que las gestantes viven ese momento, con diferentes posibilidades y, por supuesto, con diferentes prácticas de asistencia al parto. Estos sectores buscan disputar el alcance y las formas de comprender el parto normal, tomado en cuenta la singularidad de cada proceso que no puede ser exclusivamente reducido a protocolos estandarizados. La importancia de esta disputa se evidencia en la campaña desde el año 2005 con una duración de doce años realizada por la *Royal College of Midwives* por el parto normal. A su vez, se expresa en dicha campaña la complejidad y polisemia del signifiante, llevando a que fuera redirigida en el año 2017 hacia la promoción del parto fisiológico tras una reflexión sobre las implicancias conceptuales y prácticas del foco en la normalidad (Hundley y Van Teijlingen, 2017; Sandeman, 2017). Conceptos que han sido clave para comprender las luchas por la significación del parto van cediendo hacia nuevas formas de definir y construir fronteras discursivas ancladas en el contexto discursivo e ideológico actual.

Aun así, la curva normal sigue siendo relevante a la hora de evaluar aspectos clave como la progresión del parto. Si un parto no se ajusta a los tiempos estandarizados definidos con base a la idea de la curva normal, ya es significado como una patología que debe ser intervenida. Las activistas del parto y la matronería activista disputan esta idea de lo normal como lo contrario a lo patológico en la medida en que los tiempos del parto se basan en secuencias protocolizadas que han sido fuertemente criticadas, pues su eficacia para prevenir resultados adversos es dudosa. Así ocurre, por ejemplo, con la fórmula para calcular las semanas de gestación que definirá si el parto es precoz, a término o si será necesario intervenir para desencadenarlo a tiempo. A su vez, el uso del partograma determina si el trabajo de parto avanza a velocidad esperada. A pesar de las implicancias de estas mediciones, no existe base científica para estos parámetros, los que además han cambiado con el tiempo (Downe, 2004; como se citó en Downe y Dykes, 2009). En este contexto, la denominada falta de progreso en el parto es identificada como una de las principales causas para intervenir; rotura de membranas, aplicación de oxitocina sintética e incluso realización de una cirugía mayor como es la cesárea. En la práctica la no adecuación a tiempos definidos es aún más estrecha que la recomendada por los organismos responsables de protocolizar dicho fenómeno (Spelliscy et al., 2000). Lo anterior puede explicarse por el temor del personal de salud frente a posibles acciones legales, así como por lo que Michelle Sadler (2003) identifica como una incomodidad producto de la inactividad:

Mientras todos estén haciendo las cosas para las que han sido entrenados, las situaciones incómodas no emergen. La episiotomía, por ejemplo, probablemente va a hacer que el/la bebé nazca unos pocos minutos más rápido, pero la matrona o doctor va a pasar media hora o más suturándola después; por lo cual no se ahorra tiempo. La ventaja interaccional es que la media hora se llena con actividades apropiadas para el equipo de parto, más que con inactividad y silencio incómodo. (p. 12).

El camino que sirve como guía para medir la adecuación de los hitos del parto a los tiempos esperados se articula con la percepción del tiempo en el contexto actual globalizado y neoliberal. Expresa el valor que se le atribuye al tiempo como fenómeno inserto en el contexto social en el cual éste se significa como un bien escaso que debe ser aprovechado al máximo a través de la maximización de actividades y de productividad “el tiempo es una mercancía, un elemento de elección, mediado por el consejo del experto que uno decide contratar” (Simonds, 2002, p. 560). El tiempo se mide en actividades y costos lo que ha dado paso a incentivos perversos que explican la alta tasa de cesáreas en Chile, incluso en mujeres con gestaciones “de bajo riesgo” y a término (Sadler, 2024).

El modelo medicalizado de atención al parto ha logrado prevalecer en el tiempo, e incluso fortalecer su posicionamiento no sólo ampliando las fronteras de aquello que se considera laborioso, anormal o patológico. Es un caso empírico en el cual es posible observar la dimensión activa, móvil y en constante transformación que es requerida para sostener prácticas hegemónicas. En las últimas décadas la medicalización del parto ha dado un nuevo giro en este movimiento espiral, en el que el punto nodal se amplía y se va resignificando en concordancia y articulación con ideales prevalentes, tal como lo es, en la actualidad, el concepto del riesgo (Campo, 2014; Rodríguez et al., 2020). En obstetricia, el riesgo se traduce en un amplio espectro de probabilidades futuras complicaciones.

A diferencia de los binomios normal/anormal o patológico, el concepto de riesgo permite legitimar intervenciones en gestaciones sanas, las cuales se definen como de bajo riesgo. Actualmente, los factores considerados de riesgo abarcan cada vez más ámbitos; sociales, individuales, culturales, biológicos. La edad, el peso, el entorno socioeconómico, el estilo de vida y muchos otros, son factores que juegan papeles clave para determinar el lugar en la escala de riesgo obstétrico en la que se posiciona a las gestantes. De acuerdo con Backes y Scrimshaw (2020), el concepto de alto riesgo obstétrico se define como una situación en la cual la mujer gestante, el feto o ambos tienen mayor probabilidad de complicaciones en la gestación, eventos adversos o resultados desfavorables durante o después de la gestación o el parto, en comparación con una gestación definida como de bajo riesgo. Este significante, por supuesto, sigue siendo móvil y carece de una definición exacta:

Es importante mencionar que no hay una definición exacta disponible de ‘gestación de alto riesgo’, porque el término carece de una precisión en la atención materna. La gestación nunca es sin riesgos; sin embargo, la mayoría de los estudios utilizan la ausencia de factores de riesgos identificados con resultados adversos como comparación. (p. 85).

Esta fantasía de que es posible medir y predecir con exactitud los factores de riesgo y que frente a su detección se determinan las intervenciones necesarias para disminuir las probabilidades de complicaciones, ha sido puesta en cuestión por discursos críticos. Así ha ocurrido con investigaciones referidas al uso de ecografías rutinarias para detectar el alto peso del recién nacido y, como consecuencia, una potencial desproporción encéfalo-pélvica. Esta desproporción implicaría que el recién nacido no podrá pasar por el canal vaginal y, que, en última instancia, podría requerir de intervenciones para poder nacer. Más allá de la ciencia y la evidencia, en Chile existe la idea profundamente arraigada que permanece vigente, el cual sostiene que las mujeres chilenas se caracterizan por tener lo identifican como lo que

identifican como el mito de la “pelvis malona”, es decir, estrecha (Sadler et al., 2015). La realización de pruebas diagnósticas a personas en principio sanas para detectar posibles complicaciones —el cribado— se dirige precisamente a la detección temprana de riesgos (Elizaga, 2015). Sin embargo, existen instancias en las que la información generada por estos exámenes no es precisa, induce a intervenciones innecesarias con el potencial de incrementar precisamente lo que intentan reducir: el riesgo de complicaciones.

Ilustrativo es el estudio de Cheng et al. (2015), el cual identifica que sólo una de cada cinco mujeres a las que se les diagnosticó posibles bebés de alto peso, parió bebés que efectivamente pesaron más de cuatro kilos al nacer. Sin embargo, la sospecha de un bebé de gran tamaño estuvo asociada a un aumento de intervenciones perinatales independiente del peso fetal. Madres que reportaron haberse realizado una ecografía para estimar el peso del bebé eran el doble de propensas a tener sospecha de bebés grandes, pero no más propensas a tener efectivamente bebés macrosómicos en comparación a gestantes que no se realizaron dicho examen. El estudio concluye que “limitar la determinación ecográfica del peso fetal en ausencia de razones médicas válidas podría reducir intervenciones perinatales innecesarias asociadas con la sospecha de bebés grandes” (p. 7). Conclusiones similares se detectaron en el estudio de Birene et al. (2023), el cual describe que el cribado de macrosomía fetal puede estar asociado con mayores tasas de cesárea y parto instrumental independiente de si fueron recién nacidos grandes o no. Destaca que es importante reconocer que “cribar, buscando tranquilizar, paradójicamente podría aumentar el estrés tanto para pacientes como para los equipos de salud, minando los beneficios esperados de dichos protocolos” (p. 373).

Relaciones complejas en torno al riesgo pueden observarse explícita y empíricamente en otros aspectos que hacen evidente que es perfectamente posible sostener creencias contradictorias que, sin embargo, son completamente coherentes y plausibles dentro de la formación discursiva hegemónica del parto medicalizado. La realización de episiotomías rutinarias es ilustrativa: el corte en el periné se justifica como una intervención que permite evitar el riesgo de eventuales desgarros. Sin embargo, la episiotomía es, en sí misma, un desgarro; requiere sutura, medidas especiales de higiene, y cuidados especiales posteriores. En muchos casos se justifica diciendo que una incisión es preferible a un desgarro espontáneo porque al ser realizada intencionalmente el corte es más recto y esto facilitaría la recuperación de los tejidos. Sin embargo, tal como destaca Michelle Sadler (2022), estudios científicos han evidenciado que el corte quirúrgico puede conllevar complicaciones como dolor, hinchazón e infecciones, puede causar desgarros más severos además de consecuencias negativas en la vida sexual de las mujeres.

El discurso médico, como discurso hegemónico, tiene la capacidad para definir no sólo qué *es* un problema, sino qué podría *eventualmente ser* un problema y entregar las únicas soluciones posibles, factibles y apropiadas. A pesar de que esta práctica no está recomendada como un procedimiento de rutina, las cifras de mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía en Chile son altísimas, con cifras reportadas entre el 56% (Binfa et al., 2016) y el 58% (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018). Excesivamente elevadas son también las tasas de cesárea en Chile con un 49% en el sistema de salud público y un 73% en el privado para el año 2021 (Sadler y Leiva, 2023), cifras que contrastan con el rango de 10% a 15% recomendado (OMS, 2015).

La influencia de médicos con relación a los riesgos en el parto y la manera en que se comunica tiene gran impacto en la decisión o aceptación de gestantes para la realización de una intervención invasiva como lo es la cesárea. A pesar de que esta vía del nacimiento implica un mayor riesgo de prematuridad, complicaciones respiratorias para el recién nacido, aumento del riesgo de infección, mayor riesgo de histerectomía, estadía hospitalaria prolongada, ingreso a terapia intensiva y hemorragias y muertes maternas (Olivares-Albornoz, 2021), las tasas de cesárea van en progresivo aumento, con una tendencia a mayores cifras en países de ingresos medios y altos (Magne et al., 2017). Esto muestra que, la fantasía que sostiene la idea de que el riesgo es siempre medido y que es un criterio fundamental a la hora de tomar decisiones en la práctica médica, sirve como soporte a una realidad que refuerza el proceso de medicalización. Los riesgos de las intervenciones parecen minimizarse aún cuando existe evidencia inequívoca sobre sus mayores cifras de complicaciones, costos y tiempos de recuperación. Tal como se plantea en la Guía Perinatal del Ministerio de Salud de Chile (2015), la medicalización hace que se perciba la cesárea como una intervención que no es de alto riesgo para la mujer, siendo esta percepción compartida por las propias gestantes. La Guía advierte que:

Ocurren graves complicaciones maternas secundarias a la cesárea, incluida la muerte, lo que es más dramático cuando vemos que era una cesárea evitable o innecesaria. La morbilidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. (p.356).

Las maneras de definir e informar los riesgos a veces parece antojadiza, pues decisiones que en algún punto desafían la medicalización —como lo es parir en casa— son fuertemente criticadas a pesar de que no existe evidencia unívoca sobre mayores complicaciones para gestaciones sanas con asistencia en partos domiciliarios (Rodríguez-Garrido y Goberna-Tricas, 2020).

Se refuerza así el modelo tecnocrático del parto en el cual el cuerpo femenino se significa como una máquina defectuosa que sólo es capaz de parir cuando se conecta a otras máquinas (Davis Floyd, 2009). Este ideal de domino que subyace a la medicalización del parto permite que sea posible la práctica de intervenciones que aumentan el riesgo según la propia evidencia científica y que, sin embargo, aparezca como una alternativa segura frente al temor del dolor y a la incertidumbre propia de las fuerzas de la naturaleza. Opciones con mayores riesgos aparecen como posibilidades tranquilizadoras en el marco del discurso hegemónico del parto. El potencial, la probabilidad, el peligro latente siempre se encuentra al acecho; frente a lo cual, lo mejor es prevenir con la fantasía de que así es posible reducir la inherente impredecibilidad del parto.

La medicalización del parto ha sido exitosa, a su vez, en incorporar demandas de discursos críticos dentro de su propia cadena de significación. Este proceso es de gran relevancia en el plano ideológico, aunque los resultados en la satisfacción efectiva de esas demandas han sido variables.

Demandas de mujeres, feministas, activistas por el parto, expertas en diversas áreas vinculadas a la salud de la mujer fueron adquiriendo mayores grados de articulación, formalización e institucionalización a comienzos del milenio. Surgen así significantes que

irán tomando fuerza en los discursos críticos a la medicalización: el parto respetado, humanización del parto y la violencia obstétrica.

El parto respetado es un concepto que surge desde el activismo del parto enfocado en el respeto a la gestante y el recién nacido desde una mirada integral y con enfoque en el ejercicio de derechos y la autonomía de la mujer. Desde la asociación española *El Parto Es Nuestro* (s.f.) mencionan que este concepto implica el respeto a los cuerpos y tiempos tanto de mujeres como de recién nacidos y nacidas, así como a la fisiología del parto. Esta organización española con incidencia en el activismo iberoamericano define cuatro tipos de respeto: a la fisiología del parto, a los deseos y necesidades de la mujer, a los derechos de la mujer como usuaria del sistema sanitario, y a los derechos de los y las bebés. Enfatizan, a su vez, la importancia en el trato, el traspaso de información clara y a la intervención oportuna. Este concepto no se vincula a ciertas prácticas específicas, sino que pone el foco en el tipo de relación entre asistentes al parto y la díada madre-bebé. La subjetividad es puesta en primera línea; la experiencia del parto, la información entregada, los afectos surgidos, la percepción de la mujer como sujeta digna y con derechos. Implica que tanto la persona que está pariendo, como quien está naciendo son protagonistas cuyos derechos deben ser reconocidos y garantizados en todo momento.

El parto humanizado se utiliza muchas veces como sinónimo, aunque evidentemente abre otro abanico de interpretaciones: por un lado, apunta también hacia el respeto de derechos que cada persona debe poder ejercer por ser parte de la humanidad y como tal, propio de derechos humanos. Tiene, por lo tanto, una dimensión de universalidad; pone la mirada en aquello que nos vincula como seres humanos: el nacimiento a través del parto de nuestras madres biológicas.

Si bien son muy relevantes y podrían constituir un objeto de análisis por sí mismos, por ahora, se tomarán estos significantes referidos a una serie de prácticas que se buscan desarrollar en el contexto del parto. Existe consenso sobre la importancia de tomar en cuenta las necesidades de la mujer y el recién nacido, entendiéndolas desde una perspectiva integral que no separe radicalmente la salud fisiológica enfocada en los resultados. Se enfatiza la importancia de abarcar las necesidades de información, consentimiento, y de trato entre el personal de salud y la gestante. Implica reconocer que el parto es un proceso fisiológico y, por lo tanto, busca contribuir a su despatologización.

En este punto surge la pregunta sobre si es posible garantizar partos realmente respetados en territorios altamente medicalizados. Una hipótesis que deberá ser contrastada con datos empíricos es que es, posible tener partos respetados, pero no existen garantías. Se comprende así lo que Michelle Sadler (2024) ha documentado sobre las estrategias que desarrollan y comparten las mujeres para intentar tener la mejor experiencia de parto. Entre éstas, la autora identifica: avanzar la dilatación en casa, elegir equipos médicos, pagar por mejores servicios, cambiar su comuna de residencia o viajar para ser admitidas en ciertos hospitales específicos. Sin embargo, cuando comienza el camino del parto en el contexto sanitario, muchos de estos esfuerzos se ven frustrados al encontrarse con la realidad institucional.

Es importante expresar que el espectro de discursos alternativos y críticos a la medicalización es amplio y, por supuesto, no se agota en estos significantes. Sin embargo, resulta interesante poder tomar estos discursos en la medida en que han desarrollado crecientes niveles de institucionalización. Desde los inicios del siglo XXI, el parto respetado y/o la humanización del parto ha permeado discusiones legales, normativas, protocolos, programas y políticas públicas. En muchos casos, se puede observar el impacto de estos discursos críticos, aunque no se utilizan de forma explícita estos conceptos, pues en muchos casos son rechazados tajantemente por parte de la institucionalidad médica. Versiones más restringidas, con mayor anclaje en la situación real, material y práctica en la que actualmente se desenvuelven los partos han sido nucleares en algunas reformas. En el caso chileno, la directriz es la atención personalizada. Este concepto es el que se presenta como un signifiicante clave a nivel de institucionalidad pública, expresado en protocolos, guías, y programas.

El sistema médico, compuesto por actores tanto públicos como privados, al comienzo reacio a responder frente a estas demandas, es un ejemplo de otras de las lógicas que identifican Ernesto Laclau y Chantal Mouffe que fortalecen la eficacia hegemónica, a través de la incorporación de demandas como una diferencia interna más del sistema, debilitando su potencial articulación en propuestas críticas o contrahegemónicas (Laclau y Mouffe, 2015).

El parto respetado, humanizado, la atención integral del parto y el parto personalizado ha sido resignificado desde el discurso hegemónico en clave neoliberal en el cual, la libertad de elección se traduce en un objeto de consumo disponible para quien pueda costearlo (Campo, 2014; Vergara y Rivera, 2022). La oferta de asistencia que promete respetar los tiempos fisiológicos evitando intervenciones innecesarias, fortalecer la toma de decisiones informada de la gestante, promover el acompañamiento en el parto por parte de un familiar o persona significativa, permitir el movimiento, el contacto piel con piel, proveer de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor entre otros, ha proliferado en clínicas privadas y hospitales públicos. Este movimiento en clave neoliberal ha resultado en la diversidad de ofertas en el mercado del parto medicalizado tanto en el sector privado como en el público.

Sin embargo, la antropóloga Michelle Sadler (2024) pone en duda que esta oferta diversificada se traduzca en mejores experiencias de parto, pues en un gran porcentaje la política de parto personalizado y la oferta de parto humanizado o respetado se termina expresando en mejor hotelería; camas mejor equipadas, bañeras con agua tibia, aromaterapia y luz tenue y cálida. De esta forma, el sistema médico se muestra menos autoritario y más democrático, más amable y personalizado, en apariencia dispuesto a mejorar el ambiente en el cual se desarrolla el parto. Este movimiento permite fortalecer la hegemonía del modelo tecnocrático, que “vistiéndose” de humanismo se presenta como aparente posibilidad de elección y ejercicio de autonomía, pero que puede esconder formas de subordinación y coerción (Sadler, 2021). Además, de acuerdo con la autora, las mujeres son disminuidas en su capacidad de agencia de forma diferenciada según su posición en la estructura social, pues ésta influye en el acceso a la información, a la elección de equipos médicos y recintos asistenciales (Sadler, 2024).

Se refuerza así el modelo de parto medicalizado fracturando el potencial articulador crítico que demanda mejores tratos a las gestantes en la medida en que pone las limitaciones

de acceso en factores individuales; capacidad de elegir el hospital público en el que parir o capacidad de pago para acceder a clínicas privadas que ofrezcan estos servicios.

Identidades y miradas críticas: ¿un campo dividido en dos?

A pesar de la potencia que puedan tener discursos hegemónicos, la heterogeneidad irreductible propia del mundo social siempre conllevará que toda posición hegemónica se desarrolla en un campo político constituido por otros discursos. Dichos discursos buscarán dar cuenta de los vacíos, la falta estructural propia de la entrada al mundo simbólico que, por definición, toda construcción ideológica buscará suturar. La huella ideológica siempre logrará abrirse paso, otros discursos impedirán la fijación absoluta de sentido; ningún discurso podrá abarcar la totalidad del campo.

El discurso científico y médico ha sido desafiado por diversas posiciones que han puesto en duda —y mostrado el carácter fantasioso— de su supuesto saber objetivo, racional, técnico y neutral que se sostiene a sí mismo independiente de las dimensiones de lo social y lo político. Particularmente relevante para este análisis son las críticas del feminismo y los estudios de la salud de la mujer, pues existe una larga tradición de mujeres que han visibilizado cómo en la ciencia y medicina occidental moderna opera bajo sesgos de sexo y de género. Estos trabajos han mostrado cómo estos sesgos se expresan en premisas dicotómicas y jerárquicas sobre los cuerpos de hombres y mujeres, siendo los últimos significados como carentes, débiles, dóciles, pasivos al estar “atados” a las funciones reproductivas (Campo, 2014, p. 28). La crítica feminista ha arrojado luces sobre agujeros del discurso médico y científico, visibilizando que esta proyección de un saber total cuya contracara es la patologización de los procesos vitales, psíquicos y biológicos siendo un mecanismo normativo de control social particularmente potente cuando se trata de la vida sexual y reproductiva de las mujeres (Bellón, 2015; Campo, 2014; Clews, 2013).

Los discursos críticos a la medicalización del parto han logrado articularse y ganar visibilidad. En la actualidad configuran un espectro diverso que disputa, con distinta intensidad, la manera en que se significa el parto. Dentro de este campo se inscriben propuestas que enfatizan la centralidad de la evidencia científica, el parto como evento íntimo y sexual, su carácter religioso o sagrado, el valor del conocimiento ancestral heredado, la intuición y el saber del propio cuerpo para parir, así como su condición mamífera. Estas perspectivas son sostenidas por mujeres, parteras, feministas y profesionales de la salud que impulsan modelos críticos frente a la medicalización.

Personal del ámbito médico como matronas independientes y organizaciones de matronas atienden día a día partos con visiones menos medicalizadas que incorporan diferentes perspectivas y que dan mayor crédito a saberes ancestrales de parteras, al saber de la propia gestante sobre su cuerpo, a su propia intuición y a buscar una conexión más humana e integral con la mujer que está pariendo. Muchas defensoras del parto menos medicalizado presentan evidencia científica sobre la importancia de desmedicalizar algunas prácticas innecesarias en beneficio de la salud materno-neonatal.

La noción de que existe un campo dividido en dos con actores claramente delimitados en el cual por una parte se encuentran las mujeres despojadas de todo saber y por el otro, la

ciencia masculina que expropia el saber y la práctica de asistencia representa una simplificación que deja de lado los claroscuros de la disputa por el significado del parto, así como la agencia de las propias mujeres (Sawicki, 1991). La medicalización ha sido y sigue siendo buscada por las gestantes, más allá de las razones por las cuales las mujeres toman estas decisiones. Mujeres y feministas impulsaron la medicalización del parto en Estados Unidos a principios del siglo XX; escribieron artículos, hicieron campañas y exigieron a médicos el uso de fármacos argumentando que el dolor y secuelas físicas del parto constituía un impedimento para el ejercicio de derechos, e incluso la mera presencia en el ámbito público (Epstein, 2010; Leavitt, 1986; Thompson, 2019).

La famosa antropóloga del nacimiento Robbie Davis Floyd (2009) también observa que gestantes eligen prácticas medicalizadas en sus observaciones en el hospital sobre partos en Estados Unidos durante la década de los 90s. La autora observa la adhesión que tiene el modelo tecnocrático del parto y los sentimientos de miedo y la sensación de ser desatendidas cuando a las mujeres que tienen fe en el modelo tecnocrático se les niegan los rituales propios del mismo (p. 68). Para la autora esto expresa la incorporación por parte de las mujeres de la construcción de sentido del modelo tecnocrático lo que explicaría que la gran mayoría de las mujeres de países ingresos altos y medios eligen parir en contextos medicalizados. A nivel nacional, en Chile, menos de un 1% de partos ocurren fuera del contexto hospitalario (Maternas, s.f.), expresando la potencia de la eficacia hegemónica en la medida en que para la gran mayoría de la población es de “sentido común” que el parto se desarrolle en territorio médico. El alivio del dolor es un derecho humano, y si bien, existen técnicas no farmacológicas como la aromaterapia, masajes, inmersión en agua, balón kinésico entre otros, es necesario poner a disposición de las mujeres todas las posibilidades que existen en la actualidad para manejar el dolor al parir. Algunas de éstas requieren de un control médico permanente en territorios altamente medicalizados. Es importante mencionar que, así como mujeres han apostado por la medicalización del parto, también personas del ámbito médico han abogado por procesos de desmedicalización tales como Dick Read Grant (2013), Michel Odent (2013) y Frédérick Leboyer (2009).

A pesar de lo anterior, es posible sostener que existe una identificación de médicos y obstetras como un grupo cuya diferenciación con otros grupos de asistentes de partos como matronas y parteras en torno al uso de la tecnología y las posibilidades de intervenir el parto. Existen diversos estudios que abordan el habitus médico en obstetricia, algunas de cuyas características son expresadas por Michelle Sadler (2016) y que giran en torno a la idea de que el cuerpo de la mujer es inherentemente patológico, en un curriculum oculto que facilita el ejercicio autoritario, el entrenamiento para la negación de las emociones entre otros elementos que a través de la educación formal y la práctica van forjando la identidad de la medicina obstétrica.

En esta misma línea se encuentra el análisis de Brigitte Jordan (2014) en el cual destaca la relevancia que tiene la tecnología en el contexto hospitalario y la manera en que actúa como barrera física y simbólica entre la mujer pasiva y el equipo de salud con el obstetra en la punta de la escala de autoridad. La relación de médicos con la tecnología tiene una larga data, y puede ser rastreada desde la creación de los fórceps a la familia Chamberlen, médicos ingleses del siglo XVII, quienes guardaron el secreto por años hasta que lo dieron a

conocer a principios del siglo XVIII y que, fue utilizado para “expulsar a las parteras del negocio” (Epstein, 2010, p. 45). Esta herramienta primero, y luego, todo tipo de herramientas, técnicas y conocimientos quedaron reservados exclusivamente para médicos, delimitando así las capacidades de acción de las *otras* y los *otros* en un mercado cada vez más competitivo.

El interés de la medicina en el cuerpo femenino y el parto se activa en el siglo XVIII especialmente en aquellos que presentaban dificultades “es decir, que no seguían su curso natural y requerían el uso de instrumentos, intervenciones y sustancias que sólo ellos, debido a su formación podían usar” (Zárate, 2007, p. 102). Fue precisamente el uso de la tecnología la que impulsó el traslado del parto desde el espacio del hogar hacia el hospital. El uso de la tecnología y la interpretación de los datos que de ella se derivan, fueron y siguen siendo clave en la construcción del discurso médico y en su diferencia con otros discursos de significación y de actores de asistencia al parto.

Lo afectivo: dimensión clave en la construcción hegemónica

Muchas mujeres han tenido malas experiencias con partos medicalizados y así lo expresan las altas cifras de violencia obstétrica a nivel internacional. Estas experiencias son un factor relevante para que, en gestaciones posteriores, las mujeres opten por costear equipos médicos más proclives a realizar menos intervenciones, a matronas independientes que atiendan partos en casa (Rodríguez-Garrido & Goberna-Tricas, 2021) e incluso, en países de altos ingresos, a tener partos en casa sin la asistencia de profesionales de la salud expertos en la materia (Diamond-Brown, 2019; Holten y de Miranda, 2016; Velo Higuera et al., 2024).

A pesar de la patologización, la infantilización, la falta de información, el trato impersonal e incluso los malos tratos, las mujeres siguen asistiendo en su gran mayoría a entornos altamente medicalizados a parir. El discurso médico ha logrado una posición hegemónica que tiende a fortalecerse con el tiempo a través de diversos movimientos, algunos de los cuales se han abordado en este análisis. En Chile, aún se realizan intervenciones desaconsejadas y se aplican intervenciones de manera rutinaria que sólo son indicadas para algunos casos específicos. Existe en la actualidad una alta prevalencia de malos tratos, falta de información, estándares de cuidado deficientes, abuso verbal y abuso físico con variaciones según el tipo de institución, así como la edad y nivel educacional de la mujer (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018).

Tomando en cuenta todos estos elementos ¿por qué las mujeres siguen pariendo en territorios altamente medicalizados?

El parto tal como sostiene Tanja Staehler (2017), no sitúa cara a cara con la naturaleza de nuestra existencia que usualmente está velada, siendo un evento imposible de dimensionar por su gran magnitud existencial y ontológica, que, sin embargo, debe ser negociado en una situación mundana (p. 10). La autora expresa la profundidad y complejidad que se encuentran en juego en el parto en la medida en que éste:

Hace surgir afectos existenciales donde la ansiedad y el asombro están íntimamente relacionados porque nuestra existencia está determinada por la natalidad y la mortalidad, y en un nivel ontológico el ‘hay algo’ se sobrepone a la nada. Adicionalmente, el proceso de dar a luz también evoca una variedad de afectos

mundanos, especialmente temores que surgen de la situación. (Staehler, 2017, pp. 21-22).

El parto, por lo tanto, es un proceso en el cual se desarrollan afectos profundos y complejos en los que se pone en juego la relación con los otros que están presentes con gran potencial de quebrar los equilibrios entre ansiedad, asombro, lo existencial y lo mundano, lo intimidante y lo reconfortante. Es un evento en el cual la vida y la muerte se entrelazan como posibilidades en un proceso cuyo resultado es imposible de predecir. El temor al parto no es una construcción exclusiva de la mujer moderna ni tampoco debiera ser un signo de debilidad, poca agencia o falta de confianza en el propio cuerpo para parir producto de ser “engañadas” por la visión tecnocrática o del modelo biomédico del parto.

Ideas como las de Dick Read (2013), obstetra británico cuya obra *El parto sin miedo* tuvo gran influencia en los movimientos por el parto natural, muestran cómo opera una idealización del pasado en algunos discursos críticos desestimando los afectos que pueden surgir frente a la idea del parto y el nacimiento. Indagar en la manera en que se construyen estos discursos, mostrando claramente cómo opera la ideología y las fantasías que les sostienen, constituye una interesante puerta de entrada para abordar el rol que la narrativa sobre el pasado tiene sobre los discursos presentes. Futuros análisis permitirán ampliar y profundizar esta línea de investigación.

Si bien Laclau y Mouffe no abordaron la relación de estos elementos con discursos como el científico, esto sí fue considerado por Lacan (1992) en el marco de su teoría de los cuatro discursos. Ahí identifica el discurso universitario como una nueva forma del discurso del amo en cuanto ubica el saber en el lugar del agente caracterizado por un todo-saber, un mandato que se impone con fuerza inescapable “Sigue. Adelante. Sigue sabiendo, cada vez más” (p. 110). En este contexto surge la tiranía del saber, impuesta por la idea imaginaria del todo, despojando al otro de su saber y aplastando la pregunta por la verdad. En este marco Samir Dasuky sostiene:

El discurso del amo antiguo no tiene vigencia hoy, pero no ha desaparecido totalmente; se ha continuado suavemente hacia el aparato del saber (S₂) denominado en nuestro mundo, La ciencia, supremacía de la visión científica del mundo sobre la religión y el mito, que se puede pensar por el conjunto de los efectos en el campo social y subjetivo, anulación de las singularidades culturales y subjetivas, generando una universalización exponencial que se esfuerza por borrar las diferencias. (Dasuky, 2010, p. 122).

Esta complejidad y profundidad de los afectos que atraviesan el parto permite comprender la gran efectividad hegemónica del discurso medicalizado en la medida en que éste responde a su vez la estructura propia del discurso universitario, entendido como una nueva expresión del discurso del amo. Este discurso se excluye la división del sujeto al presentarse como un discurso unificado, total, esconde su propia falta creando la ilusión de una palabra idéntica a sí misma.

Esta fantasía permite reducir la angustia que genera la incertidumbre en la medida en que permite cubrir la falta en el Otro, aunque ese Otro demande algo horrible y desagradable para sostener aquella armonía. De acuerdo con Stavrakakis (2007):

Resumiendo, la fantasía intenta hacer soportable la falta en el Otro, lo que no es lo mismo que colmarla, algo en última instancia imposible; intenta conseguir un 'olvido de los orígenes' de la realidad, es decir del acto de decisión/exclusión que está en su génesis, sedimentar una objetividad suturando la distancia entre lo real y la realidad. (p. 80).

Así, a pesar de que la medicalización del parto implica una exclusión de otros saberes, una disminución de la agencia de las gestantes, e incluso episodios de violencia obstétrica y epistémica, las gestantes continúan recurriendo a la medicina para encontrar respuestas a un evento que se presenta como incierto. Es plausible considerar que pocas experiencias resultan tan angustiosas como la de buscar atención médica y no recibir respuestas; por ello, suele experimentarse un alivio significativo al obtener un diagnóstico y conocer las posibles intervenciones asociadas.

La mirada sobre la ciencia moderna y la medicina se complejiza desde una perspectiva que siga los principios del análisis lacaniano. Por una parte, es posible sostener que estos sistemas de conocimiento se imponen como un saber que utiliza todas sus herramientas para eliminar cualquier huella de la imposibilidad de un saber total. La crítica que surge desde el análisis feminista y desde los estudios sobre la salud de la mujer apunta en esta dirección cuando se aborda el proceso de medicalización del parto tal como se ha expuesto en este trabajo. Una posible hipótesis es que la exclusión e invisibilización histórica de las mujeres en estas áreas ha traído consecuencias en la manera en que se percibe la potencia hegemónica del discurso científico y médico. En el caso del parto, esto se profundiza en la medida en que los saberes desplazados fueron exclusivamente de mujeres, traspasados sólo entre ellas, y anclados a sus propias experiencias vitales. A esto se debe agregar que el parto no es una patología ni una enfermedad, aunque sí puede requerir de intervenciones médicas para salvaguardar la vida de la madre y el bebé, complejizando la manera en que se significa este proceso y su relación con las prácticas hegemónicas de su atención.

Por otra parte, es posible sostener que es la ciencia es un sistema de conocimiento que se sostiene sobre la imposibilidad de un saber completo y cerrado en sí mismo, pues gira en torno a una conciencia fundamental sobre el carácter parcial de los conocimientos que genera. Los constantes avances en la materia, la perfectibilidad perpetua del conocimiento, los avances tecnológicos y técnicos en mediciones, todo apuntaría hacia la contingencia y precariedad de métodos, información disponible, y posibilidades de dirigir intervenciones para lograr ciertos resultados esperados. La ciencia y su aplicación en la medicina no tendrían ese carácter absoluto al imponerse, sino que estaría en todo momento dando cuenta de la imposibilidad de un saber total, otorgándole un carácter abierto e incluso democrático que no tendrían otros que puedan estar disputando el campo de la salud, el cuerpo, los procesos vitales y la vida sexual y reproductiva.

Sin embargo ¿es esta imposibilidad reconocida como un elemento estructural y estructurante, o simplemente como límites transitorios de carácter empírico?

Es posible argumentar que la medicina reconoce que nuevos conocimientos puedan desarrollarse con base a sus propios criterios, aunque sus límites parecen ser producto de la etapa actual en el desarrollo de herramientas, técnicas y tecnología de observación y análisis. Operaría aquí la misma crítica que realiza Chantal Mouffe (2012) a las teorías democráticas

del consenso; reconocen su precariedad exclusivamente como limitaciones empíricas. La diferencia no es menor, pues ahí se juega el carácter democrático de la apertura a la contingencia y a la heterogeneidad, aspecto crucial para la ontología propuesta razón por la cual convendría distinguir entre ambos elementos. Por una parte, los límites como tope provisorio, precario y móvil a la cadena signifiante; por otra parte, la limitante estructural como aquello que produce una limitación fundante imposible de superar, es decir, la falta. Se considera que la hegemonía de la armonía que la autora critica a las teorías de la democracia como consenso es aplicable a este saber, entendido como la fantasía de una armonía total entre conocimiento, saber y realidad “objetiva”. El antagonismo nunca podrá ser erradicado, quedará por ver qué maneras adoptará y si podrá contribuir a propiciar un campo más abierto en que sea posible y legítima la aceptación de otros saberes que operen bajo otras lógicas en la significación sobre el parto.

Reflexiones finales: aportes de la teoría posfundacional en el análisis por la significación del parto

La teoría posfundacional de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe permite dar cuenta de cómo el discurso biomédico del parto ha logrado una posición hegemónica fuerte y móvil, con capacidad para desarrollar cadenas significantes que construyan sentidos funcionales a un campo discursivo en constante construcción mostrando una gran eficacia hegemónica (Fair, 2015). Esta propuesta teórica y ontológica es una guía útil y pertinente para deconstruir cadenas discursivas, permitiendo observar cómo se relacionan entre sí los elementos del discurso y revisar analíticamente la función que cumplen en él. El énfasis en el carácter dinámico del campo discursivo permite analizar críticamente cómo los discursos han cambiado, qué movimientos les han permitido sostenerse en el tiempo y cómo se articulan con principios de ideologías dominantes en la actualidad.

La medicina es un claro ejemplo de cómo las prácticas hegemónicas se presentan como discursos de mayor prevalencia, legitimidad y aceptación en cuanto éstas no sólo se constituyen como un elemento con mayor potencia dentro de un campo discursivo preexistente, sino que además logran definir los términos del debate (Laclau, 2006). A lo largo de los últimos siglos, la medicina logra ampliar su radio de acción pues redefine constantemente las fronteras de lo normal, lo enfermo y lo patológico de lo anormal, lo saludables y lo sano, dictando criterios de su exclusiva competencia para definir problemas y luego aparecer como el único saber legítimo para entregar soluciones.

Otra idea fuerza del análisis postmarxista del discurso es de especial interés para abordar el campo discursivo de la medicalización de la vida en general y del parto en particular dice relación con la construcción de sentido como ficción producida retroactivamente apuntalada por un imaginario mítico pasado. Esta idea representa una interesante propuesta como punto de entrada para lograr detectar y comprender las maneras en que se presentan los discursos medicalizados como aquellos representan alternativas críticas. Resulta especialmente interesante ver cómo se (re)construye el pasado del parto en estos discursos y cómo esto cumple la función de legitimar las perspectivas que se tienen de este proceso en la actualidad.

Esta perspectiva teórica nos entrega una mirada que trasciende a los actores como un grupo fijo, sino que se dirige hacia la construcción de identidades como un proceso continuo y en disputa. Esto es particularmente útil al abordar la medicalización de las sociedades, incluyendo el fenómeno del parto, pues la medicalización es un proceso complejo en el que intervienen diversas fuerzas y actores. Reducir discursos medicalizados a médicos obstetras y matronas, por una parte, y discursos críticos a acompañantes del parto como doulas y matronas independientes por la otra, es una simplificación que no logra dar cuenta de la complejidad de estos procesos. La perspectiva teórica permite dar cuenta de cómo se van articulando/desarticulando cadenas de significación y cómo se van construyendo en el tiempo.

Esto abre interesantes interrogantes sobre el rol que cada actor puede jugar en el campo discursivo, la imposibilidad de establecer fronteras delimitadas y rígidas entre discursos, así como también la manera en que éstos se entrelazan y articulan con ideologías cambiantes e incluso contradictorias. La medicalización del parto, así como sus posturas críticas, se han posicionado tanto en el espectro conservador como en el progresista en distintos periodos históricos y bajo diferentes articulaciones discursivas. Contribuye a su vez a comprender de mejor manera los procesos de agencia, pues desmitifica que exista un lado que simplemente usurpa un saber y se impone aplastando cualquier atisbo de alternativa. Sólo desde perspectivas que reconozcan la apertura y el dinamismo del campo discursivo puede analizarse de manera profunda la complejidad de las construcciones discursivas y sus relaciones. Propuestas teóricas cuyos principios ontológicos van en esta dirección nos permiten abrir preguntas desafiantes y evadir la tendencia a la simplificación en la búsqueda de respuestas definitivas.

Referencias

- AKRICH, M.; LEANE, M.; ROBERTS, C.; ARRISCADO NUNES, J. Practising childbirth activism: A politics of evidence. *BioSocieties*, v. 9, p. 129-152, 2012. Disponible en: <https://shs.hal.science/halshs-00702075/document>. Acceso en: nov. 2025.
- ARNAU SÁNCHEZ, J.; MARTÍNEZ ROCHE, M. E.; NICOLÁS VIGUERAS, M. D.; BAS PEÑA, E.; MORALES LÓPEZ, R.; ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, v. 7, n. 2, p. 225-247, 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595>. Acceso en: nov. 2025.
- ASCUNCE ELIZAGA, N. Cribado: para qué y cómo [Screening: why and how]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Pamplona, v. 38, n. 1, p. 5-8, 2015. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001 Acceso en: nov. 2025.
- BACKES, E. P.; SCRIMSHAW, S. C.; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. *Epidemiology of clinical risks in pregnancy and childbirth*. In: *Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice*. Washington DC: National Academies Press, 2020. DOI: 10.17226/25636.
- BELLÓN, S. Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? 2015. [Master thesis, Utrecht University, Faculty of Humanities]. Disponible en:

- <https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/18094/Silvia%20Bellon%20Sanchez.GEMMA%20thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acceso en: nov. 2025.
- BINFA, L.; PANTOJA, L.; ORTIZ, J.; GUROVICH, M.; CAVADA, G.; FOSTER, J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, Londres, v. 35, p. 53–61, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- BIRENE, B.; FERREIRA, A.; RAIMOND, E.; GRAESSLIN, O.; ISHAQUE, U.; GABRIEL, R. Impact of screening for large-for-gestational-age fetuses on maternal and neonatal outcomes: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Londres, v. 23, n. 1, p. 722, 2023. DOI: 10.1515/jpm-2024-0522.
- CAHILL, H. A. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 33, n. 3, p. 334–342, 2000. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x.
- CAMPO, M. *Delivering hegemony: contemporary childbirth discourses and obstetric hegemony in Australia* (Versión 1). 2014. Tesis (Doctorado en Antropología) – La Trobe University. DOI: 10.26181/21848523.v1.
- CHENG, E. R.; DECLERCQ, E. R.; BELANOFF, C.; STOTLAND, N. E.; IVERSON, R. E. Labor and delivery experiences of mothers with suspected large babies. *Maternal and Child Health Journal*, Nova Iorque, v. 19, n. 12, p. 2578–2586, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1776-0>
- CHILE, Ministerio de Salud. Código Sanitario (Decreto con Fuerza de Ley N.º 725, de 11 de diciembre de 1967; publicado en el Diario Oficial el 31 de enero de 1968, y sus modificaciones vigentes). Artículo 117. Santiago, Chile, 1967/2025. Disponible en: <https://www.leychile.cl/N?i=5595&f=2017-09-23&p=> Acceso en: nov. 2025.
- CLEWS, C. Normal birth and its meaning: a discussion paper. *Evidence Based Midwifery*, v. 11, n. 1, p. 16–20, 2013. Disponible en: <https://pure.northampton.ac.uk/en/publications/normal-birth-and-its-meaning-a-discussion-paper> . Acceso en: nov. 2025.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, n. 1, p. 209–232, 1992. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.
- DANELINCK, D. L.; LEDESMA, N.; CUOMO, G.; KIEL, L. La teoría de los discursos: una herramienta caleidoscópica. *Anuario de Investigaciones*, Buenos Aires, v. XXIV, p. 89–96, 2017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369155966039.pdf> Acceso en: nov. 2025.
- DASUKY, S. El discurso del amo: de Hegel a Lacan. *Escritos*, v. 18, n. 40, p. 100–124, 2010. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/6759>. Acceso en: nov. 2025.
- DAVIS-FLOYD, R. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida, 2009.
- DIAMOND BROWN, L. A. Women’s motivations for “choosing” unassisted childbirth: A compromise of ideals and structural barriers. In: NATHANSON, R.; INHORN, H. M. (Eds.). *Reproduction, Health, and Medicine*, v. 20, p. 85–106, 2019. Emerald Publishing Limited. DOI: 10.1108/S1057-629020190000020010.
- DOWNE, S.; DYKES, F. Counting time in pregnancy and labour. In: MCCOURT, E. (ed.). *Childbirth, midwifery and concepts of time*. Oxford: Bergahn Books, 2009. p. 61–83.
- EL PARTO ES NUESTRO. ¿Qué es un parto respetado? [Artículo]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-fisiologico/que-es-un-parto-respetado>. Acceso en: nov. 2025.

- EPSTEIN, R. H. *Cómo se sale de aquí?: Una historia del parto*. Barcelona: Ariel, 2010.
- FAIR, H. Contribuciones para una operacionalización de la teoría de la hegemonía de Ernesto Laclau. *Revista Polis*, v. 11, n. 2, p. 89-118, 2015. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/70255> Acceso en: nov 2025.
- FAIR, H. Teoría lacaniana y Análisis Político del Discurso: Estrategias analíticas para la investigación social. *Studia Politicae*, Nº 52 primavera/verano 2020/2021, p. 81-128. DOI: 10.22529/sp.2020.52.04
- FEDERICI, S. *Calibán y la bruja*. Buenos Aires: Tinta Limón, 2016.
- FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En: *Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault* (pp. 17–35). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1978. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acceso en: nov 2025.
- GARRIDO, P. R.; TRICAS, J. G. (In)seguridad del parto en el domicilio: Una revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, v. 21, n. 2, p. e37–e46, 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2445/173292> Acceso en: nov 2025.
- GARRIDO, M. R.; TRICAS, J. G. *Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile. Women and Birth*, v. 34, n. 4, p. e387–e395, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224>.
- HOLTEN, L.; DE MIRANDA, E. Women’s motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on ‘birthing outside the system’. *Midwifery*, v. 38, p. 55–62, 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>. Acceso en: nov. 2025.
- HUNDLEY, Vanora; VAN TEIJLINGEN, Edwin. *Why UK midwives stopped the campaign for ‘normal birth’*. The Conversation, 31 ago. 2017. Disponible en: <https://theconversation.com/why-uk-midwives-stopped-the-campaign-for-normal-birth-82779>. Acceso en: mar. 2026.
- JORDAN, B. Technology and social interaction: Notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings. *Talent Development & Excellence*, v. 6, n. 1, p. 95–132, 2014. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Technology-and-Social-Interaction%3A-Notes-on-the-of-Jordan/3806dfd8320ec678e90c542f836be67e12494b34>. Acceso en: nov. 2025.
- LACAN, J. *El seminario. Libro XVII. El reverso del psicoanálisis*. Trads. E. Berenguer & M. Bassols. Barcelona: Paidós, 1992. (Trabajo original publicado en 1975).
- LACLAU, E.; MOUFFE, C. *Hegemonía y estrategia socialista: Hacia una radicalización de la democracia*. 3. ed., 2. reimp. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- LACLAU, E. *Misticismo, retórica y política*. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- LACLAU, E. “Por qué construir un pueblo es la tarea principal de la política radical”. *Cuadernos del CENDES*, v. 23, n. 62, p. 1-36, mayo/ago. 2006. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/403/40306202.pdf> Acceso en: nov 2025.
- LACLAU, E. *La razón populista*. 12. impr. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2021.
- LEAVITT, J. W. *Brought to bed: Childbearing in America, 1750–1950*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- LEBOYER, Frédérick. *Birth without violence*. Vermont: Healing Arts Press, 2009.
- MAGNE, F.; PUCHI SILVA, A.; CARVAJAL, B.; GOTTELAND, M. The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: The

- growing involvement of the microbiota. *Frontiers in Pediatrics*, v. 5, p. 192, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>.
- MATERNAS Chile. Información actualizada. Disponible en: <https://maternaschile.com/informacion/>
Acceso en: nov 2025.
- MINISTERIO DE SALUD. Circular N.º 10: Cesárea por requerimiento materno. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 23 nov. 2022. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Circular-N%C2%B010-Cesareas-por-Requerimiento-Materno.pdf>
Acceso en: nov 2025.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. *Guía Perinatal*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf. Acceso en: nov 2025.
- MOUFFE, C. *La paradoja democrática: El peligro del consenso en la política contemporánea*. 2.ª ed. Barcelona: Gedisa, 2012.
- OBSERVATORIO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA CHILE [OVO CHILE]. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile, 2018. Disponible en: <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primer-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>. Acceso en: nov. 2025.
- ODENT, Michel. *El bebé es un mamífero*. Barcelona: Ob Stare, 2013
- OLIVARES-ALBORNOZ, C. M. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatología y reproducción humana*, 35(3), 99–103, 2021. <https://doi.org/10.24875/per.20000020>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 14 abr. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>. Acceso en: nov. 2025.
- READ, Grantly Dick. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. London: Pinter & Martin, 2013.
- RODRÍGUEZ-GARRIDO, P.; GOBERNATRICES, J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 21(2), p. e37-e46, 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/345308978_Inseguridad_del_parto_en_el_domicilio_una_revisión_bibliografica. Acceso en: noviembre 2025
- RODRÍGUEZ-GARRIDO, P.; PINO-MORÁN, J. A.; GOBERNATRICES, J. Exploring social and health care representations about home birth: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, v. 37, n. 3, p. 422-438, 2020. DOI: 10.1111/phn.12724.
- SADLER, M.; LEIVA, G.; SAEZ, M. Cesáreas en Chile IV: De pelvis malonas. *CIPER Chile*, 19 jun. 2015. Disponible en: <http://ciperchile.cl/2015/06/19/cesareas-en-chile-iv-de-pelvis-malonas/>
Acceso en: nov 2025.
- SADLER, M.; LEIVA, G. Más cesáreas que nunca en Chile. Santiago: CIPER Chile, 11 jan. 2023. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>. Acceso en: nov 2025.
- SADLER, M.; LEIVA, G.; PERELLÓ, A.; SCHORR, J. Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile / Preference for mode of birth and reasons for caesarean section in women from the Metropolitan Region of Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, v. 2, n. 1, p. 22–29, 2018. DOI: 10.34052/rispch.v2i1.41.

- SADLER, M. Así me nacieron a mi hija: aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: SADLER, M.; ACUÑA, N.; OBACH, A. *Nacer, Educar, Sanar: miradas desde la Antropología del Género*. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Cataluña, 2004. p. 15-66. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso en: nov. 2025.
- SADLER, M. Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, n. 33, 2016. Disponible en: <https://revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/43388>. Acceso: nov 2025.
- SADLER, M. La tecnocracia biomédica vestida de humanismo: La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo. 2021. Tesis doctoral (Doctorado en Antropología y Comunicación) – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/672527>. Acceso en: nov. 2025.
- SADLER, M. Nombrando la episiotomía de rutina por lo que es: mutilación genital femenina. Aportes conceptuales desde experiencias de parto en Chile. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, v. 7, n. 34, e210995, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.995>.
- SADLER, M. Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile. En: MUÑOZ, R.; SESIA, P. (Eds.) *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*. [S.l.]: [Editorial], 2024. p. 95-111. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/CI.9789878926735>.
- SANDEMAN, George. *Midwives to end campaign to promote 'normal births'*. The Guardian, 11 ago. 2017. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2017/aug/12/midwives-to-stop-using-term-normal-birth>. Acceso en: mar. 2026.
- SAWICKI, J. Disciplining mothers: feminism and the reproductive technologies. In: *Feminist Theory and the Body*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.
- SIMONDS, W. Watching the clock: keeping time during pregnancy, birth, and postpartum experiences. *Social Science & Medicine*, v. 55, n. 4, p. 559-570, 2002. DOI: [10.1016/s0277-9536\(01\)00196-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00196-4)
- SPELLISCY, D.; MORTON, S.; FISKE, M.; KEESY, J.; KEELER, E.; KAHN, K. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obstetrics & Gynecology*, v. 95, n. 4, p. 589-595, 2000.
- STAEHLER, T. *Who's afraid of birth? Exploring mundane and existential affects with Heidegger (Version 1)*. 2017. [S.l.]: University of Sussex. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10779/uos.23437298.v1> Acceso en: nov. 2025
- STAVRAKAKIS, Y. *Lacan y lo político*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2007.
- THOMPSON, L. M. The politics of female pain: Women's citizenship, twilight sleep and the early birth control movement. *Medical Humanities*, v. 45, n. 1, p. 67-74, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011419>.
- VELO HIGUERAS, M.; DOUGLAS, F.; KENNEDY, C. Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, v. 134, Art. 104022, 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>.
- VERGARA, F.; RIVERA, J. El parto como objeto de consumo: De violencia obstétrica a oferta de nuevos modelos de parto en Santiago de Chile. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), e210992, 2022. DOI: <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.992>



Recebido em: 28-09-2025
Modificado em: 27-10-2025
Aceito em: 08-01-2026

Rosario Ayala Villela

Universidad Austral de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Valdivia, Chile.
Programa de Doctorado en Ciencias Humanas mención Discurso y Cultura, Universidad
Austral de Chile. Becaria Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), Programa
de Formación de Capital Humano Avanzado/ Beca Doctorado Nacional 2025 – 21250124.
Email: rosario.ayala@gmail.com