

# TRANSITANDO HACIA UNA MATRONERÍA FEMINISTA Y SITUADA EN LATINOAMÉRICA

*Transitioning Towards a Feminist and Situated Midwifery in Latin America*

Pía Rodríguez-Garrido

Universidad de Barcelona (*Barcelona, España*)

Universidad de O'Higgins (*Rancagua, Chile*)

Correo electrónico: [piarodriguezgarrido87@gmail.com](mailto:piarodriguezgarrido87@gmail.com)



La llamada *historia universal* que conocemos y hemos aprendido ha sido testigo del orden patriarcal, capitalista, capacitista y colonial del trato, atención y cuidados que la medicina occidental —pragmática y conservadora— ha generado hacia nuestros cuerpos. Esos cuerpos, como diría Anzaldúa, *fronterizos* o de los *bordes* (2016), que habitan espacios no reconocidos ni visibles por la hegemonía. Esas corporalidades silenciadas de la historia oficial, de los libros y relatos de escuelas, que han permanecido en las sombras del conocimiento público para quedarse en la intimidad de los saberes populares.

Esas corporalidades de mujeres pobres, madres, racializadas, trans, chicanas, con discapacidad, privadas de libertad, y/o habitantes de Abya Yala han sido objeto de estudio, de análisis y de biopolíticas institucionales que han olvidado el sentir, el diálogo, la comunidad, el buen trato, la autonomía y la agencia de sus trayectorias.

Desde la década de los setenta se problematizaba acerca de la pérdida de estas características en un modelo de atención propio de la medicina alópata. En los noventa,

el antropólogo Eduardo Menéndez lo enunciaba como «modelo médico hegemónico» y lo entendía como un modelo que «se caracteriza por cumplir una serie de funciones [...] a través de actividades técnicas específicas, pero que potencialmente tienden a reproducir el sistema dominante» (1998, p.19).

La *historia universal* que conocemos ha sido testigo de ese «modelo médico hegemónico», ese modelo que cree defectuoso el cuerpo de las mujeres, ese modelo que no respeta la fisiología y sus procesos, ese modelo que necesita intervenir y alzar la voz para saberse útil, ese modelo que atiende y aspira a la integridad corporal obligatoria.

Es ese modelo —encarnado en la figura institucional y biomédica— el que hoy en día es responsable de una serie de actos, procedimientos e intervenciones perjudiciales para la salud y el bienestar de las mujeres, y que continúa enseñándose en las escuelas de salud (enfermería, medicina, obstetricia, por mencionar algunas) en gran parte de las universidades y con muy pocos cuestionamientos.

En su respuesta, distintas fundaciones, colectivos y organizaciones internacionales de renombre han visualizado lo complejo que se ha tornado la atención y los procesos de salud y enfermedad de las personas en la actualidad, un ejemplo de aquello es lo relativo al proceso de gestación y nacimiento, y las recomendaciones protocolares realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre ello. Por mencionar algunos de sus documentos, se encuentran los «Cuidados en el parto normal: una guía práctica» (OMS, 1996), «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud» (OMS, 2014) y, más recientemente, las «Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva» (OMS, 2019). Todas apuntan a mejorar el trato, respetar y fomentar la autonomía de las mujeres —y sus familias— durante los procesos de gestación, parto y posparto.

En ese sentido, una de las premisas que implica este cambio de paradigma que transita desde el «modelo médico hegemónico» a uno social, situado y feminista, implica justamente el derecho humano al acceso a la salud desde una comprensión de salud y bienestar bajo parámetros de dignidad en el acceso y en la atención, y de respeto a la diferencia y la diversidad de todas las personas.

Es así como emergen profesionales de la salud que se definen como «feministas», «disidentes», «diversas» e «inclusivas» que vienen a alterar el *statu quo* disciplinar y gremial de la obstetricia tradicional hegemónica. Como es el caso de matrones y matronas

de Chile, comprometidas con el malestar social, con las desigualdades socioeconómicas y con la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de toda una comunidad.

¿Qué demandas devela esta nueva matronería? Respeto a las personas disidentes sexo-genéricas e inclusión de personas en situación de discapacidad en la atención de la salud sexual, reproductiva y afectiva. Problematizar la violencia gineco-obstétrica como violencia de género en los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas con vulva. Socializar el nacimiento respetado/humanizado en el interior de los equipos de salud. Resguardar los derechos del recién nacido. Acceso a una educación sexual integral en todos los establecimientos educacionales desde edades tempranas. Regularización sanitaria en la atención profesional del parto en domicilio. Ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos en comunidades migrantes, así como pertenecientes a pueblos originarios. Del mismo modo, mejorar las condiciones laborales del profesional matrn/matrona. Aumentar sus remuneraciones. Proteger su salud mental, emocional y física. Problematizar los cargos históricamente precarizados. Cautelar el exceso de turnos extras. Fomentar espacios de encuentros gremiales.

La región latinoamericana, al igual que los cuerpos *fronterizos* de las mujeres que la habitan, ha sido territorio de extractivismo, luchas y también de resistencias. Es por ello su particularidad e importancia en la emergencia de nuevos paradigmas, comprometidos con el territorio y con fuerte consciencia social.

Debido a ello, la emergencia de una «matronería feminista» se construye con convicción, con argumentos, con años de experiencia y trayectoria, con injerencia pública y política, con evidencia, con compromiso social, con responsabilidad y ética, con empatía y esperanza, pero, sobre todo, con el sentido colectivo de construir una sociedad más justa, equitativa, digna e inclusiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANZALDÚA, Gloria. *Borderlands. La frontera. La nueva mestiza*. Madrid: Capitán Swing, 2016 [1987].
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. En: *Natura Medicatrix*. 1998, vol. 51, pp. 19-22.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: OMS: 1996. Disponible en:  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud: 2019. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1214&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1214&isAllowed=y)