

ESTRATIFICACIÓ OBSTÈTRICA INTERSECCIONAL

Estratificació obstètrica interseccional

Estratificació obstètrica interseccional

Serena Brigidi

serena.brigidi1@urv.cat

Departament d'Antropologia,
Filosofia i Treball Social.
Universitat Rovira i Virgili,
Tarragona.
Presidenta del Observatorio de
la Violència Obstétrica (OVO).

RESUM

La violència obstètrica consisteix en un conjunt de pràctiques i situacions que posen les dones en una condició inermes. Elles són emotivament i/o corporalment aixafades en una situació no consensuada que produeix unes seqüeles físiques i psicològiques de diferents graus d'intensitat. Podem afirmar que la violència obstètrica es produeix quan són inexistents les competències ètiques i humanes bàsiques de les professionals i aquestes competències revelen una estructura jeràrquica, patriarcal i colonial característica del sistema biomèdic, generant o amplificant lesions psicològiques en les dones. En aquest article s'exploren part de les dades obtingudes tant en el estudi dut a terme amb dones migrants procedents del Pakistan, el Marroc, la Xina i el Senegal como d'una altra investigació realitzada amb professionals del part, ginecologia-obstetrícia i matroneria, a Barcelona. Per introduir aquests estudis, es faran servir algunes reflexions sobre el concepte de negacionisme i la necessitat/voluntat de tornar a definir la violència obstètrica. Així mateix, s'emprarà la interseccionalitat i el pensament decolonial com a marc conceptual per il·lustrar els resultats dels estudis. L'objectiu és explorar el procés de construcció historicocultural de desigualtat, segregació i violència que concerneix la vigilància sobre els cossos i les corporalitats de les dones vulnerabilitzades pel sistema en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva que defineixo com a estratificació obstètrica interseccional. Aquesta proposta es fa per ampliar el concepte de racisme obstètric i evidenciar les discriminacions existents en el procés d'embaràs, part i criança patides pels col·lectius de dones esmentats. A més, l'elaboració del concepte d'estratificació obstètrica interseccional té la finalitat de trencar amb l'universalisme, l'essencialisme, la neutralitat i l'androcentrisme del sistema biomèdic que veu en les dones migrants la seva màxima expressió.

PARAULES CLAU: Estratificació obstètrica interseccional, racisme obstètric, dones migrants.

ABSTRACT

Obstetric violence consists of a set of practices and situations that put women in a defenseless condition. They are emotionally and/or bodily crushed in a non-consensual situation that produces physical and psychological consequences of different degrees of intensity. We can affirm that obstetric violence occurs when the basic ethical and human competencies of the professionals are non-existent and these competencies reveal a hierarchical, patriarchal, and colonial structure characteristic of the biomedical system, generating or amplifying psychological injuries in women. This article explores part of data obtained both in the study carried out with migrant women from Pakistan, Morocco, China, and Senegal as well as from another research carried out with birth professionals, gynecology-obstetrics and midwifery, in Barcelona. To introduce these studies, some reflections will be used concerning the concept of denialism and the need/willingness to redefine obstetric violence. Likewise, intersectionality and decolonial thinking will be used as a conceptual framework to illustrate the results of the studies. The objective is to explore the process of historical-cultural construction of inequality, segregation, and violence that concerns the surveillance of the bodies and corporalities of women vulnerable by the system in the field of sexual and reproductive health that I define as intersectional obstetric stratification. This proposal is made to broaden the concept of obstetric racism and highlight the existing discriminations in the process of pregnancy, childbirth, and upbringing suffered by these groups of women. In addition, the elaboration of the concept of intersectional obstetric stratification has the purpose of breaking with the universalism, essentialism, neutrality, and androcentrism of the biomedical system that sees its maximum expression in migrant women.

KEY WORDS: Intersectional obstetric stratification, obstetric racism, migrant women.

RESUMEN

La violencia obstétrica consiste en un conjunto de prácticas y situaciones que ponen a las mujeres en una condición inerme. Ellas son emotivamente y/o corporalmente aplastadas en una situación no consensuada que produce unas secuelas físicas y psicológicas de diferentes grados de intensidad. Podemos afirmar que la violencia obstétrica se produce cuando son inexistentes las competencias éticas y humanas básicas de las/os profesionales y dichas competencias revelan una estructura jerárquica, patriarcal y colonial característica del sistema biomédico, generando o amplificando lesiones psicológicas en las mujeres. En este artículo se explora parte de los datos obtenidos tanto en el estudio llevado a cabo con mujeres migrantes procedentes de Pakistán, Marruecos, China y Senegal como de otra investigación realizada con profesionales del parto, ginecología-obstetricia y matronería, en Barcelona. Para introducir dichos estudios, se utilizarán algunas reflexiones concernientes al concepto de negacionismo y la necesidad/voluntad de volver a definir la violencia obstétrica. Asimismo, se empleará la interseccionalidad y el pensamiento decolonial como marco conceptual para ilustrar los resultados de los estudios. El objetivo es explorar el proceso de construcción histórico-cultural de desigualdad, segregación y violencia que concierne la vigilancia sobre los cuerpos y las corporalidades de las mujeres vulnerabilizadas por el sistema en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que defino como estratificación obstétrica interseccional. Esta propuesta se realiza para ampliar el concepto de racismo obstétrico y evidenciar las discriminaciones existentes en el proceso de embarazo, parto y crianza padecidas por dichos colectivos de mujeres. Además, la elaboración del concepto de estratificación obstétrica interseccional tiene la finalidad de romper con el universalismo, el esencialismo, la neutralidad y el androcentrismo del sistema biomédico que ve en las mujeres migrantes su máxima expresión.

PALABRAS CLAVE: Estratificación obstétrica interseccional, racismo obstétrico, mujeres migrantes.

Stratificazione ostetrica intersezionale.

RIASSUNTO

La violenza ostetrica consiste in un insieme di pratiche e situazioni che inducono le donne in una condizione inerme. Risultano emotivamente e/o fisicamente schiacciate da una situazione non consensuale che produce conseguenze fisiche e psicologiche di diverso grado di intensità. Possiamo affermare che la violenza ostetrica si verifica quando le competenze etiche e umane di base dei professionisti della salute sono inesistenti e rivelano una struttura gerarchica, patriarcale e coloniale caratteristica del sistema biomedico, generando o amplificando lesioni psicologiche nelle donne. Questo articolo esplora parte dei dati ottenuti in due studi condotti con donne migranti provenienti da Pakistan, Marocco, Cina e Senegal e un'altra ricerca condotta con professionisti del parto, Ginecologia e Ostetricia, a Barcellona. Per introdurre questi studi verranno utilizzate alcune riflessioni riguardanti il concetto di negazionismo e la necessità/volontà di ridefinire la violenza ostetrica. Allo stesso modo, l'intersezionalità e il pensiero decoloniale saranno utilizzati come cornice concettuale per illustrare i risultati degli studi. L'obiettivo è esplorare il processo di costruzione storico-culturale della disuguaglianza, della segregazione e della violenza che riguarda la sorveglianza dei corpi e delle corporalità delle donne vulnerabilizzate nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva che definisco stratificazione ostetrica intersezionale. Questa proposta è fatta per ampliare il concetto di razzismo ostetrico ed evidenziare le discriminazioni presenti nel processo di gravidanza, parto e puerperio. Inoltre, l'elaborazione del concetto di stratificazione ostetrica intersezionale ha lo scopo di rompere con l'universalismo, l'essentialismo, la neutralità e l'androcentrismo del sistema biomedico che vede la sua massima espressione nelle donne migranti.

PAROLE CHIAVE: Stratificazione ostetrica intersezionale; razzismo ostetrico; donne migranti.

*“A Mia
La niña nacida en el metro de Kiev, durante el bombardeo Ruso.
A su madre”.¹
Por la valentía del amor.
[Nota de la autora].*

¹ ¿Decisión personal la de permanecer anónima o evidencia de que las madres no importamos mucho? [Nota de la autora].

1. INTRODUCCIÓN. EL NEGACIONISMO COMO PARADIGMA COLONIAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

“No me gusta, porque supone que lo hacemos mal. Y mejor que así, no lo sabemos hacer”.
(Carol, matrona, 15 años de servicio en un hospital público catalán. 17 de enero de 2022).

El 7 de febrero de 2022 se ha constituido el *Grup de Treball en Violència Obstètrica i Perspectiva de Gènere en Salut de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia -SCOG-*, perteneciente a la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares (SCOG, 2022). En este acto, se ha votado y discutido sobre el concepto de violencia obstétrica: si era necesario, o incluso estratégico el uso de tal expresión en referencia al significado, la recepción y las reacciones externas (Goberna-Tricas, 2019). Resulta inevitable tener en cuenta que, en el Estado español, el panorama político e institucional en el contexto de la salud sexual y reproductiva ha estado marcado en estos últimos meses por la elaboración de un comunicado que podríamos calificar de negacionista sobre la supuesta inexistencia de la violencia obstétrica. Este informe ha sido emitido durante el verano 2021, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM, 2021). No cabe duda de que muchas asociaciones y organizaciones de profesionales en todo el Estado español tomaron distancia tanto del CGCOM como del contenido del mismo. No obstante, se han observado diversas preocupaciones entre profesionales sobre el “juicio del otro”² a la hora de participar en acciones o encuentros que reconocen la existencia de la violencia obstétrica. Por otra parte, a nivel más pragmático, se ha notado una inquietud en referencia a las responsabilidades civiles si efectivamente el término de violencia obstétrica se incorporara a la propuesta de ley en torno a la violencia de género del Ministerio de Igualdad. Además, lo que se debe evidenciar es que el panorama político y geográfico del Estado español no es en absoluto homogéneo frente a la atención de la mujer embarazada y presenta situaciones muy diferentes entre Comunidades Autónomas (CCAA) y no sólo a nivel de atención pública y privada. A ello, la situación pandémica ha contribuido a amplificar las formas de discriminación, segregación y violencias en el proceso de embarazo, parto, lactancia materna y crianza, generando diversas preocupaciones a causa de la privación de los derechos fundamentales de las mujeres y sus criaturas (Lazzerini *et al.*, 2022; Brigidi, 2021b).

Ahora bien, tras un largo debate, el 7 de febrero, las personas reunidas votamos y decidimos incorporar el término en el nombre del grupo, o sea identificarnos³ a través del concepto de violencia obstétrica, destacando también la importancia de la perspectiva de género en salud. Sin embargo, por lo dicho anteriormente, y por el tiempo dedicado al debate acerca de la pertinencia del término, el concepto de violencia obstétrica sigue siendo polémico y ambiguo

² “Tenemos una comisión dentro del hospital –comenta una ginecóloga participante- trabajamos para erradicar la violencia obstétrica, pero no la podemos nombrar... y la comisión se llama “atención a la cura de la dona (...)” (Marisa, ginecóloga-obstetra, 24 años de servicio en un hospital público. 7 de febrero de 2022).

³ Yo era la única persona presente de las 28 que no es profesional de la salud ni médica. Mi participación en el grupo se debe a la experiencia en el territorio como activista y docente, además de mi papel más institucional de presidenta del Observatorio de Violencia Obstétrica en España. Así que la auto-identificación con el término no generaba en mí las dudas axiológicas, teleológicas ni deontológicas que han surgido.

también para muchas profesionales de la salud y de la medicina sensibilizadas en ello, ya que resulta ser una palabra que les hiere, y es advertida como incómoda, puesto que implica una supuesta intencionalidad de acciones violentas:

“Para mí es un término desagradable. (...) tanto como enfermera como matrona siempre nuestra actitud es la de ayudar, entonces, pues (...) siento un poco mal porque dice no estoy aquí para ayudar. (...) estoy aquí para hacer daño. Porque violencia implica, según mi manera de entenderlo, intención de hacer daño”.

(Paula, matrona, 12 años de servicio, hospital público catalán, 21 de julio de 2021).

Desde hace años que seguimos debatiendo si y cómo cambiar el concepto de violencia obstétrica, qué significa exactamente y cómo mejorarlo para que sea menos ofensivo y más inclusivo (Boladeras-Cucurella y Goberna-Tricas, 2018). Mi visión - y tengo que admitir que no es particularmente novedosa, - parte del hecho que el concepto de violencia obstétrica tiene que ser abordado desde el marco de las complejidades, reflexionando respecto a la interseccionalidad y a la visión diacrónica, así como sincrónica del proceso. Es decir, dicha complejidad me empuja más a considerar el contenido y la argumentación. Además, modificarlo consistiría contribuir con otro paradigma colonial y eurocentrista que, como ya hicimos con otros conceptos apropiándonos del significado, negaría la experiencia desde donde tiene origen. Desaprovechando, a su vez, las genealogías consecuentes del movimiento activista, la producción académica y las críticas feministas que desde hace décadas trabajan para sensibilizar, investigar y erradicar la violencia en el proceso sexual y reproductivo.

En nuestro contexto, el tema de la violencia obstétrica parece estar sujeto a cuestionamiento y redefinición cada vez que una mujer vive un parto violento, cada vez que ésta se transforma en divulgadora perinatal en las redes, o bien cada vez que una profesional de la salud y de la medicina deconstruye sus prácticas. Todo esto como si antes no hubiera documentación, rigor, divulgación y sensibilización. La negación de la experiencia -tanto del parto como de la de acompañarlo- es tan extrema en nuestras sociedades que el descubrimiento de la violencia obstétrica ocurre solo cuando la estamos viviendo y solo si somos mujeres privilegiadas. En caso contrario, no hay nombre, ni tiempo, ni lugar para definirla, pensarla, reconocerla. Aunque sabemos que la violencia está presente en nuestras vidas, que somos, incluso, artífices de esta, seguimos sin tener esta “conciencia de violencia” que, además, ofrece herramientas para prevenirla a nivel colectivo e individual.

En definitiva, queda evidente que como ha pasado y sigue pasando por cualquier otra violencia de género, no se ha construido un archivo histórico de estas narraciones y que muchas han ido desapareciendo en el olvido, en el “borrado” de las mujeres, en la romantización del parto y de la maternidad, en el proceso de normalización y naturalización (Brigidi, 2016; 2022a). Por todo ello, con la finalidad de aportar más a la argumentación que a la cuestión terminológica, volveré sobre el tema de qué es la violencia obstétrica y a quiénes implica, para llegar a observar cómo este fenómeno, además de ser transnacional y transgeneracional, se amplifica frente a situaciones de vulnerabilidad de las mujeres migrantes. Concretamente se pretende ilustrar algunos ejemplos del trabajo de campo llevado a cabo entre abril de 2021 y febrero de 2022, relacionados con la amplificación de la violencia obstétrica en mujeres migrantes. Un

proyecto financiado por *Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACDS)*, en el que participo como investigadora conjuntamente con Farmamundi: “Mujeres migrantes avanzando hacia una salud sexual y reproductiva con mirada transcultural y enfoque de interseccionalidad de género: abordaje de los derechos sexuales y reproductivos a nivel global en el marco de la Agenda 2030 y la reconfiguración de las políticas sociosanitarias posteriores a la COVID-19 (Cataluña)”. Estos datos también serán contrapuestos con el trabajo de campo que se está realizando en otro proyecto de investigación, con profesionales del parto en algunos hospitales de Barcelona mediante observaciones de campo, entrevistas en profundidad, análisis de reclamaciones y talleres.

2. DEFINIENDO (OTRA VEZ) LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica consiste en un conjunto de prácticas y situaciones que ponen a las mujeres en una condición inerme (Brigidi, 2018). Es decir, ellas son emotivamente y/o corporalmente aplastadas en una situación no consensuada que produce unas secuelas físicas y psicológicas de diferentes grados de intensidad. Esto ocurre cuando las/os profesionales de la salud y de la medicina (pero también pasa con las/os profesionales administrativos y de limpieza), les quitan, no fomentan o no respetan su capacidad de agencia en sus procesos fisiológicos vinculados con la salud sexual y reproductiva (como la menstruación, la menopausia, el parto, el alumbramiento y el amamantamiento), o en sus decisiones respecto a ellos (por ejemplo, los abortos, la ligadura de trompas y los múltiples embarazos). De tal manera que ellas viven pasividad, distanciamiento, y confusión. Emociones exaltadas, además, por la falta o la ocultación de informaciones (Lazzerini, *et al.*, 2021).

Dichas prácticas tienen que ver, por ejemplo, con las lesiones físicas directa o indirectamente producidas por una maniobra de Kristeller y una episiotomía, pero también por la elección de inducir o realizar una cesárea sin una clara evidencia clínica establecida sobre un rigor de científicidad contemporáneo, suministrar determinadas drogas o mantener a la mujer en posiciones o espacios concretos no decididos por ella ni pautados conjuntamente con la/el profesional. Cuando estas decisiones se vinculan más a una retroproyección médica, es decir, “porque siempre se ha hecho así” (Brigidi, 2021a), puesto que el cambio conllevaría una asunción de riesgos y miedos a los que, en general, no estamos acostumbradas/os (Quattrocchi, 2022), o bien a una comodidad administrativa, y no a una evidencia científica crítica y actualizada ni al sentido común del acompañamiento y el cuidado.

Sin embargo, la violencia obstétrica se produce cuando son inexistentes las competencias éticas y humanas básicas de las/os profesionales y dichas competencias revelan una estructura jerárquica, patriarcal y colonial característica del sistema biomédico, generando o amplificando lesiones psicológicas en las mujeres. En este sentido observamos estas categorías más subjetivas y vinculadas con la emotividad: el lenguaje grosero, paternalista e inapropiado que, además, la literatura al respecto ha evidenciado con numerosos ejemplos concretos (Opazo, *et al.*, 2017; Sadler, *et al.*, 2016); los tratos deshumanizados que también incluyen la entrada o el paso de diversos profesionales en la sala y la reiterada exposición de su cuerpo desnudo, de su vulva o interiores (la tripa abierta y su grasa, vejiga, útero) y sus

emotividades (gritos, llantos, alegrías y miedos). Así que la violencia obstétrica incluye también la condición del lugar y la espacialidad (Rodó-Zárate, 2021) donde se realiza el parto y el nacimiento. La concepción de que la mujer no puede moverse ni andar libremente por los pasillos, que no puede estar acompañada en los tiempos y en las modalidades que ella necesite, la ausencia de lugares familiares para recibir al bebé y esperar el nacimiento o mantener un contacto corporal hasta repensar humanamente la exposición de su cuerpo y el del bebé.

La mayoría de las veces, el cuerpo de la mujer está colocado inconscientemente en la cama frente a la puerta de entrada y salida del paritorio: un cuerpo hinchado, grueso, pesado; un cuerpo engorroso, dolido, asustado, contenido entre el bip de las correas y los estribos de la cama, de las paredes azules o con pegatinas de amapolas y de las profesionales que se mueven a su alrededor. Un cuerpo expuesto por los líquidos que expele, que pierde o salen; una vulva con los labios agrandados, un cuerpo sujeto a deseos rápidos como las olas de contracciones, una herida sangrante y sagrada, violada repetidamente por los ojos y el paso de profesionales, estudiantes y otros familiares, los ruidos y las luces intensas. En estos lugares del sistema biomédico, los significados y símbolos fisiológicos se transforman, la capacidad sagrada de una mujer de abrirse y dar a luz una criatura "*Una diosa*" (Ivana, comadrona del parto en casa, con experiencia de más de dos décadas, 17 de febrero de 2022. Refiriéndose a todas las mujeres que paren), es remodelada bajo los parámetros de suciedad/limpieza: una forma de clasificar el mundo que sigue generando un criterio de calidad, a pesar de estar aplicada al cuerpo de la mujer en el único proceso de salud existente dentro de un hospital. Lo explica Vigarello (1991) cuando reflexiona que la limpieza ha sido un reflejo de la civilización, la posibilidad de crear un autodomínio, de regular el cuerpo (con todas las implicaciones de género que conllevan estas palabras), incluso de modelar el cuerpo del recién nacido a través de técnicas para eliminar la sangre y los residuos de mucosidad: aséptico, limpio y puro tanto el parto como el nacimiento. Un lugar desodorizado, en acuerdo, además, con nuestra sociedad contemporánea que rechaza los olores como característica de mala moralidad (Mata-Codesal, 2018). No acaso, los partos y los bebés de las mujeres migrantes huelen a sudor, sangre, carne quemada y "*cúrcuma*" (María, estudiante de enfermería, auxiliar en los partos, 5 años de experiencia, hospital público, 13 de abril de 2012).

Bajo las luces, la confusión y los ruidos se llevan a cabo la mayoría de los partos y de los nacimientos en los países occidentales. Así que el parto se convierte en una cuestión de suerte: de parir en un turno de "buenos" profesionales, en un momento donde las otras mujeres no se han puesto de parto y los profesionales de las disciplinas afines como anestesistas y pediatras no tienen otras urgencias y pueden bajar, también estar y acompañar. Lo cual se puede considerar también violencia obstétrica. Una parte de la violencia que se escapa de los indicadores y las maniobras documentadas como violentas, pero que aterrorizan a las mujeres y las mutilan en su dignidad, espiritualidad y corporalidad. Cabe mencionar que dentro del Modelo Médico Hegemónico se han ido destacando las habilidades cuantitativamente mensurables a través de cálculos bioestadísticos, previsiones y modelos físicos aplicados a la realidad en la que vivimos. Uno de los problemas que señalamos, además, desde hace décadas, es el uso exclusivo del pensamiento cuantitativo que no ha permitido

profundizar y explorar el contexto de las subjetividades generando incluso situaciones de agresividad-pasividad de las/los profesionales del parto.

El enemigo es el sistema patriarcal que no les reconoce, no les permite trabajar con pasión, que les obliga a horarios exagerados, precariedades y sueldos reducidos, no las mujeres ni sus familiares. Así que la violencia obstétrica, además de las preocupantes tasas de inducciones existentes, de las cesáreas sin justificación médica, tiene lugar también cuando la mujer, su acompañante, sus criaturas se (auto)perciben como *“carne para el matadero”* (Guadalupe, madre, 15-20 de mayo de 2015) cuando se observan actitudes racistas siempre bien enmascaradas y articuladas desde la moralidad superior, actos sutiles de discriminación que implican burlas, críticas (sobre su aspecto, cuerpo, deseos, sentimientos, etc.) y falta de información, ya sea porque directamente no se le proporciona, porque la mujer no entiende y no puede expresarse, o bien porque se la pasa a un familiar, muchas veces un marido, que decidirá por ella.

3. REFLEXIONES EN TORNO A LA INTERSECCIONALIDAD

“(…) Roxane Gay advierte contra la idea de jugar a las «olimpiadas de los privilegios» y escribió en Mala feminista que el privilegio es relativo y circunstancial, y yo estoy “de acuerdo con ella, Yazz, porque a ver, ¿dónde parar? ¿es Obama menos privilegiado que un paleta blanco que se cría en un camping de caravanas con una madre soltera yonki y un padre en la cárcel? ¿es una persona con serias discapacidades más privilegiada que un refugiado sirio al que han torturado? Roxane aboga por que encontremos un discurso nuevo para hablar de desigualdad”. (Evaristo, 2019:138-139).

La relación entre patriarcado, capitalismo y colonialismo, -a partir de ahora, la trinidad malvada- es uno de los puntos centrales de las aportaciones feministas decoloniales (Adlbi Sibai, 2016), Esta trinidad malvada ha generado la asunción de la "historia única" (Ngozi Adichie, 2018) como condición para definirnos y colocarnos respecto al espacio geopolítico y a la alteridad, dando lugar a explicaciones vinculadas con una moralidad superior (Tappin y McKay, 2017): nuestra cultura, tradiciones, formas de hacer y tratados jurídicos son mejores, más justos, más científicos. Estas formas de reescribir la historia desde una única visión garantizan el silencio e inhiben la narración crítica, subalterna y diferente, por lo tanto, la confrontación y el diálogo, como explica Azar Nafisi, el uso del silencio como arma para el olvido: “robándoles los recuerdos, reescribiendo sus historias, imponiendo una nueva identidad” (2008:17). Hemos utilizado, y seguimos haciéndolo, el universalismo y el androcentrismo como categorías para construir y conocer el cuerpo y la corporalidad, la experiencia y la narración, y unificar, y luego desvalorizar todo lo que no formaba, ni forma parte de dichas monoculturas del pensamiento occidental (Sousa Santos, 2006). Teóricamente nos parece evidente que lo dicho ocurre constantemente en las narraciones vinculadas con la infancia, con las mujeres en los tribunales y en las denuncias sociales sobre violencia obstétrica o cualquier otra forma de violencia de género, con las personas ancianas o determinadas categorías de personas que por cuestiones étnicas o de enfermedad están vulnerabilizadas. Cuando a nivel didáctico cuestionamos el modelo e ilustramos ejemplos clásicos de la trinidad malvada en salud como el experimento de Tuskegee (James, 1981; The

White House, 1997)⁴ éstos resultan ser muy llamativos y fácilmente reconocibles, pero cuando dirigimos nuestra atención a situaciones cotidianas, a pequeños contextos como el espacio de una clase, al de un laboratorio universitario o al de una sala de espera médica (Brigidi, *et al.*, 2019), allí perdemos la capacidad de identificar y, sobretodo, reconocer estas lógicas interrelacionadas y nos convertimos en espectadores pasivos de la realidad. Mantenemos una visión parcial (Sclavi, 2000) y no podemos argumentar y complejizar la realidad. Muchas veces, es lo que ocurre con la violencia obstétrica, la visión parcial de uno solo de los sujetos del proceso, el que detiene mayor poder. Cabe mencionar que las teóricas de la interseccionalidad han destacado claramente como una aproximación unitaria, es decir, aquella que considera una sola categoría y de forma estática (por ejemplo, el estatus social o la edad de las personas), conduce a un conocimiento periférico, parcial y discriminante de la experiencia, pero también de las estructuras y sistemas que la caracterizan y definen. Los ejes experienciales de las dimensiones interseccionales individuados por pensadoras contemporáneas actúan recíproca y simultáneamente, nunca en forma conmutativa o distributiva (Rodó-Zárate, 2021; Crenshaw, 1989; 1991). De acuerdo con el enfoque pluralista y contextual propuesto por Jorba y Rodó-Zárate (2019), en el análisis interseccional la relación entre categorías se centra en la intensidad de/entre/con los ejes experienciales. En otras palabras, lo que la amiga de Jazz le estaba recordando sobre las “Olimpiadas de la opresión” al comienzo de este capítulo (Evaristo, 2019; Hancock, 2007). Es decir: los ejes experienciales no cosifican, sino que mitigan o intensifican (Brigidi, *et al.*, 2021). Por ello, una visión diacrónica y sincrónica del contexto es fundamental para entender la violencia obstétrica y sus repercusiones en los cuerpos y corporalidades migrantes (Barata, 2022). De modo que la intersección es una perspectiva que nos permite profundizar en mayor medida en la cuestión de la violencia obstétrica, pero también observar cuándo y por qué la edad, la etnia, la lengua, la instrucción, el color de la piel, etc. se convierten en un problema de exclusión y discriminación (Brigidi y Busquets, 2019).

4. LA VIOLACIÓN DEL PATRIMONIO DE LAS MUJERES MIGRANTES

En la época que vivimos –alternamos fases restrictivas por COVID-19 con la ilusión postpandémica- el tema de las desigualdades sociales ha ocupado un espacio central en los análisis científicos. Por eso, el concepto de «sindemia» nos aporta mucha reflexión. La «sindemia» es un término acuñado por las antropólogas Singer y Rylko-Bauer (2021) que hace referencia al resultado de una interacción sinérgica de enfermedades y/o condiciones de salud promovidas o facilitadas por circunstancias socioambientales, estructuras de desigualdad, opresión y resistencia características de la violencia estructural. La cuestión, por tanto, no es sólo el virus, la vacunación, su mortalidad, la lógica de su transmisión y las consecuencias sobre la salud, sino su presencia en un mundo ya severamente afectado por las graves enfermedades crónicas, por las epidemias generadas y amplificadas por las crisis ambientales y los desastres, por la corrupción de los gobiernos, por las guerras, por las reglas de la malvada

⁴ Cuando en Alabama, el Servicio Nacional de Salud, entre 1932 y 1972, infectó intencionalmente a la comunidad afroamericana con sífilis para estudiar los efectos de la enfermedad.

trilogía, por la dominación de los *lobbies* farmacéuticos, por la crisis de los sistemas de salud, por la violencia que siempre ha afectado más a las niñas, las mujeres y las ancianas. De acuerdo con Loyo y Calvo (2009) hablamos de categorías vulnerabilizadas como resultado histórico de procesos sociales que producen como efecto la situación de vulnerabilidad. En efecto, los grupos no son vulnerables en sí mismos, sino que se encuentran en una situación de vulnerabilidad como consecuencia del proceso de concentración de la riqueza, explotación económica, segregación en la participación política y desigualdad en el acceso al patrimonio cultural. Es decir, las mujeres migrantes están expuestas a situaciones de carencias y desigualdades sociales, culturales, económicas, emocionales, y por eso son vulnerables, no por la condición de embarazo en sí misma, sino por el papel de pasividad constante que les está reservado. Los mismos autores también recuerdan que el riesgo de simplificar el discurso sobre la vulnerabilidad consiste precisamente en descuidar las capacidades de las personas. Lo que en antropología feminista hemos trabajado a través de los conceptos de agencia y resistencia.

Ahora bien, se ha observado precedentemente que entendemos la «violencia obstétrica» como un conjunto de experiencias, prácticas, actuaciones que proceden y son causadas desde una visión androcéntrica y sexista del proceso de fertilidad, embarazo, parto y crianza. Por lo tanto, lo que es importante destacar es que no solo participan profesionales de la ginecología y obstetricia, sino que incluimos también otras disciplinas tales como pediatría, anestesia, matronería, enfermería, cuidado auxiliar, administración, limpieza, etc. Además, el fenómeno de la violencia obstétrica implica experiencias precedentes al parto vinculadas con la fertilidad y los conceptos sobre el cuerpo reproductivo de las mujeres y las fases sucesivas. Se ha mencionado también que esta experiencia se amplifica en determinadas situaciones y ahora se detallarán cuáles son dichas circunstancias para acabar formulando la definición de estratificación obstétrica interseccional.

En antropología definimos el patrimonio cultural a partir de la concepción de dignidad, o sea, cuándo existe una herencia material o inmaterial que deseamos conservar, mantener la memoria, ser testigo, afirmar su existencia, generar presencia, etc., a pesar de una utilidad concreta. Le atribuimos un valor a partir de los criterios distintos que evocan, por ejemplo, la belleza, la unicidad, la identificación, la exclusividad. Ariño (2002) señala que el patrimonio existe, es decir, es un hecho, el problema está en que no todas/os sabemos re-conocerlo. Este guion en la palabra re-conocer es mío. Ya que considero fundamental recordar que reconocer es una palabra que implica antes un acto de conocimiento profundo, real, no periférico o reconducido, y después de recuerdo o evocación donde nos encontramos. Así nos reconocemos. Lo que señalan las mujeres entrevistadas, independientemente del origen étnico de pertenencia, es la ausencia de reconocimiento, de espacio y presencia, de estar y ser. Dicho con las palabras de Binata, una mujer senegalesa es

“el patrimonio de la persona a no ser reconocido, sus tradiciones, y con ellas, las de su pueblo”.
(Binata, mediadora cultural, 15 de enero de 2022).

Dicho con las palabras de Ariño (2002), el patrimonio humano existe, es un hecho, el problema es reconocerlo. Por esto antes se estaba reflexionando acerca del rol de la historia única y el

silencio como arma para destruir un patrimonio. Binata es mediadora cultural inactiva⁵ en el Sistema Catalán de Salud, lleva más de dos décadas en Cataluña y hábilmente explica que la barrera cultural empieza en el momento en el que las personas, concretamente, las profesionales de la salud no saben reconocer/reconocerse en las mujeres que atienden, así la diversidad se hace insuperable. Así se excusan y justifican determinadas actuaciones, también porque no sabemos reconocer la violencia en sí. La ausencia de reconocimiento de la violencia evidenciada en literatura científica (Brigidi y Birosta, 2020) que no es solo una atribución de valores morales subjetivos sobre circunstancias y prácticas, sino que conlleva aspectos cualitativamente objetivables, es una de mis principales preocupaciones en el fenómeno de violencia obstétrica. Proporcionaré un ejemplo. Poco después de la cuarentena, en el verano de 2020, en una de las primeras salidas para comprar materiales artísticos con mis hijas e hijo, acabamos en una cooperativa catalana. Allí nos encontramos con una caja de colores Giotto (Imagen 1) “Skin tones”. Mi emoción fue inmensa. Después de haber pasado una vida reproduciendo las tonalidades de las pieles mezclando sin éxito lápices, por fin, habían pensado en ofrecer tonalidades de colores que no contemplaran exclusivamente la rosa carne.

Imagen 1. “Skin tones”.



Fuente: Fotografía Serena Brigidi, 2020.

La cuestión es ésta: si tengo las herramientas de pensamiento y de comprensión para reconocer las necesidades y las de las otras personas, las emociones y las de las otras, así como de la interpretación, puedo entonces contemplar, e incluso pensar en incluir las diversidades en mi pensamiento y consecuentemente en mi práctica. Si sólo ofrezco el color

⁵ Inactiva debido al hecho que las mediadoras culturales ya no entran dentro de las acciones erogadas por el servicio público de salud, a veces, en algunos hospitales, trabajan solo algunos días y para todo el hospital. Esto ha sido una consecuencia de los recortes en la sanidad pública.

rosa, como ejemplo, limito inexorablemente mis capacidades cognitivas y siempre reconduciré mis pensamientos a ello (pre-juicio). Además, si éstas no se presentan como una oportunidad y una posibilidad, no podré representarlas. Pensemos en la historia del rinoceronte y el unicornio de Marco Polo, a menudo utilizado también por Umberto Eco (1997). En Java el viajero italiano se encuentra un rinoceronte. Ya que era un animal totalmente desconocido para él, utilizó una aproximación: algo que en su memoria permitiera identificar y conocer el nuevo animal. Su cultura católica le ofreció la noción de unicornio como marco explicativo e interpretativo. Así que afirmó haberse encontrado con unicornios. Qué quiero decir con esto: cuantas más herramientas ofrecemos sobre la diversidad, más permitimos a las personas explorar la complejidad de la realidad y retar la “historia única”.

Cabe mencionar, además, que, si pertenezco a estos grupos subalternos y, desde siempre, no encuentro un lápiz con el que dibujarme, podría pensar que mi color no es importante, podría descubrir que, de igual manera, no tengo voz en un espacio colectivo, no tengo participación. Lo que no se nombra, no existe, ya lo sabemos. Así se silencia, porque aprendo cautamente que mi color de piel es equivocado, o de menor importancia o belleza que otros, que mi pelo tiene que ser liso, que mi corporalidad tiene que responder a la de una mujer (o, peor aún, a la de un hombre) caucásica, joven, funcional, delgada y complacer a la hetero-bio-normatividad. Este ejemplo, nos permite recordar la importancia del fenómeno del “paralaje” (παράλλαξις [parálaksis], ‘cambio’, ‘diferencia’) como herramienta educativa en salud (Brigidi, 2016). Una desviación angular de la posición aparente de un objeto, dependiendo del punto de vista elegido, que nos permite ver y visibilizar los/las sujetos y hablar de una pedagogía de las posibilidades (Brigidi, 2021a).

5. ESTRATIFICACIÓN OBSTÉTRICA INTERSECCIONAL

Defino la estratificación obstétrica interseccional como un proceso de construcción histórico-cultural de desigualdad, segregación y violencia que concierne la vigilancia sobre los cuerpos y las corporalidades de las mujeres vulnerabilizadas. Esta propuesta la realizo para ampliar el concepto propuesto por Davis (2019) sobre racismo obstétrico, así como para evidenciar, por una parte, las discriminaciones existentes en salud sexual y reproductiva padecidas por los colectivos de mujeres vulnerabilizadas por el sistema; por la otra, con el fin de observar también sus formas de resistencias y agencias y colocarlas dentro de una pedagogía de las posibilidades.

A continuación, se indican algunas temáticas vinculadas con la vulnerabilización:

- 1) Cuestiones de género, tales como finirse como una mujer, por sentirse como una mujer o mantener las capacidades biológicas para reproducirse.
- 2) Situaciones étnicas, raciales y lingüísticas, como en el caso de las mujeres migrantes y/o racializadas que no hablan ni entienden las lenguas autóctonas.
- 3) Condiciones jurídico-administrativas como documentos irregulares o en el caso de mujeres encarceladas.
- 4) El cuestionamiento directo e indirecto de la acreditación/alfabetización (Collins, 1990). Es decir, más allá de un título oficial de estudio obtenido o el grado cumplido, que no

indica ni aporta información sobre las formas estructurales de la violencia, necesitamos repensar si las mujeres subalternas realmente pueden hablar (Spivak, 1988) y si sí, cuándo lo hacen, en qué espacios y dónde. Más aún, cómo se construye el cuerpo-político del saber en obstetricia y ginecología para contemplar esta diversidad, así como desde la fisiología (Fanon, 2009), y cuáles son los “conceptos de control” en estas áreas biomédicas que limitan los temas de interés (Abu-Lughod, 1989).

- 5) El constante cuestionamiento y reconducción de los cuerpos y las corporalidades; en particular, el embarazo como evento patológico, el parto como factor de riesgo, pero también las categorizaciones previas, es decir, quién y cuál es una mujer sana, sobre qué parámetros han sido construidas las evidencias científicas que seguimos manejando (por ejemplo, la diabetes gestacional, la prueba O'Sullivan), también si son cuerpos (demasiado) jóvenes, o (demasiado) mayores para engendrar.
- 6) El estatus socioeconómico que puede permitir contratar una partera o una *doula* que la acompañe en el parto y el posparto.
- 7) Las religiones y creencias como, por ejemplo, la solicitud de las mujeres islámicas de ser atendidas y acompañadas solo por profesionales de la salud mujeres. Tema al cual nos dedicaremos en el siguiente párrafo.
- 8) El modo en que se entiende y se vive la fertilidad frente a situaciones de esterilización forzada, negación de la ligadura de trompas, críticas por el número de hijas/os, o por las estrategias reproductivas o anticonceptivas utilizadas.

Con mucha probabilidad, existen más de estas ocho experiencias o circunstancias existenciales-vitales, pero de momento me propongo trabajar a partir de ellas con el objetivo de descubrir diferencias y similitudes significativas para superar la discriminación y establecer las condiciones necesarias para el total goce y respeto de los derechos humanos fundamentales vinculados con la salud sexual y reproductiva. En particular, en referencia a una planificación familiar que contemple un control adecuado y coherente con las normas religiosas y culturales de la fertilidad y en línea con las evidencias científicas en salud; al deseo de embarazo; al trabajo de parto y al nacimiento respetados, y a la lactancia materna como a la alimentación infantil respetuosa con la tradición autóctona de las mujeres.

6. EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: MUJERES MIGRADAS Y SUS (POCOS) DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

“Hay algunas (NdT: profesionales de la salud) que no te tratan bien, porque nosotros somos muy diferentes” (Sirih, mujer de Pakistán, 15 de septiembre de 2021).

De forma muy concisa mencionaré las características básicas de esta investigación con la única finalidad de orientar la lectura u ofrecer un marco muy general del contexto de estudio. La metodología, el diseño de investigación, los resultados y las dificultades del estudio serán descritas sucesivamente en otros artículos de manera más completa y profunda.

El estudio se ha realizado durante los años 2021-22. Se han llevado a cabo diversos grupos de reflexión con mujeres procedentes de Senegal, China, Marruecos y Pakistán en las

ciudades de Badalona, Barcelona y Lleida. Cada grupo de mujeres estaba formado por 4-5 personas más la mediadora cultural. Cabe destacar que independientemente del tiempo de residencia en Cataluña, aproximadamente de 10-20 años, la gran mayoría de ellas no hablaba ni entendía el castellano ni el catalán. Se realizaron 4 o 5 sesiones con cada grupo de mujeres sobre las temáticas de fertilidad y cuerpo; concepción y embarazo; parto y nacimiento; lactancia materna y alimentación infantil; y crianza. En el caso específico de las mujeres chinas, tras una primera sesión grupal, optamos por llevar a cabo entrevistas en profundidad a consecuencia de las dificultades de horarios para mantener un grupo de trabajo.

Como criterio de inclusión se había establecido que fueran madres y que hubieran parido en los últimos 5 años en Cataluña, aunque no fue siempre posible respetar esta condición para todas las mujeres. El proyecto se llevó a cabo con la participación de la ONG Farmamundi y esto permitió que se contactara con diversas asociaciones en el territorio que pudieran ofrecer un apoyo logístico para llevar a cabo los grupos, conservar el material elaborado y, sobretodo, contactar con una muestra de mujeres de las nacionalidades elegidas según los datos del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT, 2021) atendiendo a los grupos con más presencia territorial. Cada una de ellas ha recibido una retribución económica para participar en las sesiones con la idea de fomentar la participación y la continuidad entre sesiones. No obstante, las situaciones de vulnerabilización que les atraviesan, caracterizadas por las diversas formas de precarizaciones y violencia, no ha permitido mantener la planificación establecida en el diseño del estudio. Realizamos algunos cambios no tanto en el desarrollo de los grupos o en la recogida del material, o de los datos, sino en la planificación y la participación de las mujeres. Puesto que ha sido muy complicado mantener la continuidad y claramente la situación pandémica, con las numerosas restricciones presentes en el territorio, no ha ayudado.

Los datos han sido recogidos en: 1) grabaciones/transcripciones de las sesiones realizadas en los grupos de reflexión; 2) a través de un cuaderno que se le dejó a cada mujer el primer día para ir dibujando o apuntado ideas; 3) mediante los mapeos corporales (Gastaldo, *et al.*, 2012), una técnica artística con la que en cada sesión trabajamos; 4) en los grupos de WhatsApp (uno con cada comunidad excepto con el grupo de mujeres chinas), y 5) muchas reflexiones/charlas posteriores a las sesiones con las mediadoras culturales que también tradujeron los audios que llegaban a los grupos de móvil.

Los resultados se están trabajando en el software Atlas.ti® y a través de una comparación entre las categorías narrativas individuadas y los mapeos corporales. Del análisis de los datos se obtiene que una de las principales características evidenciadas por las mujeres durante el trabajo de campo ha sido el miedo experimentado durante el parto. Todas referían esta sensación de temor, en acuerdo además con la literatura de referencia que evidencia cómo el miedo se amplifica en una situación de poca información o de incompreensión (Davis, 2019). La falta de entendimiento sobre lo que estaba pasando, las técnicas usadas y la actitud de las profesionales presentes en el nacimiento de sus criaturas ha sido uno de los puntos que trabajamos de forma transétnica y en cada sesión. Es decir, la mayoría de ellas mantenía un relato del parto confuso. No a consecuencia de no dominar el idioma o de utilizar otros

parámetros culturales para narrar la cronología de los eventos, ni tampoco como consecuencia de una evaluación centrada en otro paradigma de la intervención médica sino porque no recibieron ninguna explicación respecto a las prácticas, las situaciones, las operaciones y los medicamentos antes y después del parto. Como ya he evidenciado en otros trabajos sobre migración, preguntaban a la antropóloga los porqués y qué hacer tras las secuelas producidas por las episiotomías y los abortos. Preguntaban a la antropóloga esencialmente por el tiempo que se les dedicaba (Brigidi, 2009). Además, nos acompañaba siempre una mediadora experta, lo cual permitía y estimulaba una conversación en tranquilidad. Tanto la antropóloga, como la mediadora son figuras que el servicio público de salud no contempla de forma sistemática. La mayoría de las mujeres relataba experiencias de embarazo, parto y puerperio caracterizados por la violencia obstétrica: prácticas físicamente violentas y abusivas, que en mujeres no migrantes o de otros orígenes étnicos no se suelen observar con esta frecuencia, así como una falta de acompañamiento territorial y de apoyo de los servicios y recursos sociales. Por ejemplo, una de ellas, que tiene un hijo con una discapacidad del 56%, descubrió solo a los 5 años del niño, y por casualidad, que tenía derechos a diversas ayudas.

Otra cuestión es la lactancia materna. Las mujeres afirman no haber tenido apoyo ni información sobre cómo amamantar a sus criaturas tras el parto y posteriormente en la atención primaria. Además, había un total desconocimiento del banco de leche para poder donar la suya. La cuestión de la lactancia materna es uno de los muchos temas que solucionan a nivel comunitario-familiar, contactando con algunas matronas tradicionales de sus países que viven en el territorio o buscando el apoyo de la madre o la hermana mayor en el país de origen. Otros datos que se destacan, confirmados también por algunos profesionales del parto, consisten en “haberse dado cuenta” de haber participado en estudios científicos, previa la firma del consentimiento informado, sin saber ni entender qué son y para qué sirven. Casi todas comentan prácticas dolorosas y/o muy molestas realizadas sin anestesia. Muchas relatan largas esperas y derivaciones a otros hospitales, generando aún más confusión sobre las formas de atención al parto en el territorio catalán.

7. “HOMBRE DOCTOR”: EXPERIENCIAS DE CAMPO

Como también se puede ver en este número monográfico de la Revista (Con)textos en los trabajos sobre migración en Cataluña (Llamas y Brigidi, 2022) y en Lisboa (Barata, 2022), la comunicación es un aspecto fundamental y ampliamente trabajado en el marco de las ciencias sociales. Con comunicación se entiende toda la parte verbal y no verbal y la posibilidad de tener una mediadora cultural experta que acompañe a las mujeres en las diversas fases. Una especie de *doula*-mediadora cultural.

Normalmente, las mediadoras culturales ya no entran dentro de las acciones erogadas por el servicio público de salud. Otras veces son contratadas a través de una organización externa: trabajan solo algunos días a la semana, en horarios preestablecidos y están a disposición de todo el hospital. Así que las profesionales intentan establecer una relación en el idioma inglés con las mujeres, a pesar de que no todas tienen un nivel medio-alto para poder acompañarlas y que ellas tampoco puedan expresarse o entenderlas. Se acaba utilizando un familiar cercano

como el marido o las/os hijas/os, a menudo menores de edad, o la persona que acompañó a la gestante al hospital. En este sentido una mujer senegalesa narra:

“es un trauma... durante el parto, entra el chico”. Se refiere al hombre que le había acompañado al hospital. Para ella era un desconocido, sólo vivían en la misma casa y cuando se puso de parto, se ofreció amablemente a llevarla al hospital, nada más: *“No era mi marido, yo no quería”* me dice aún aterrorizada por la situación. *“Pruebo vergüenza... es algo íntimo”* repite en diversas ocasiones a lo largo de una entrevista. *“(...) es que falta interculturalidad”* en la formación de las profesionales, *“pues... aún queda mucho para hacer”* (Luna, mujer de Senegal, 26 de noviembre de 2021).

Cuando este hombre fue solicitado por las profesionales para entrar en la sala (supongo que sin entender la razón), la mujer, ya desnuda, en litotomía, con las piernas en los estribos, comentó asustado: *“Dios mío”* y se fue. Esto también es violencia obstétrica: violar las normas culturales.

Así que la mayoría de las veces se acaba utilizando aplicaciones móviles (p. ej., *google translator*®) aumentando la frustración y la inseguridad de todos los sujetos presentes en el paritorio. Se destaca también que esta cuestión de ausencia de formación específica tanto en temas de género como en diversidad lo cual es muy evidente en las prácticas actuales.

A continuación, voy a confrontar algunos fragmentos de las entrevistas llevadas a cabo con mujeres islámicas (dos de Pakistán, una de Senegal y otra de Marruecos) con extractos de las entrevistas llevadas a cabo con tres ginecólogos-obstetras hombres catalanes sobre la cuestión de respetar o no la petición de las mujeres islámicas de no ser atendidas por hombres.

Tabla 1. Fragmentos de campo: mujeres y ginecólogos.

Mujeres y Ginecólogos	
Mujeres islámicas (mayo, 2022-febrero, 2022)	Ginecólogos Obstetras hombres (mayo-septiembre, 2021)
<i>“Me sentí sola cuando echaron mi madre de la habitación. (...) ella había dicho: ‘no tiene que entrar un hombre doctor y tocar’. Porque no me gustaba. Por vergüenza y por nuestra cultura”.</i>	<i>“Ha habido veces que lo han pedido y que no había mujeres médicas (...) bueno pues dices ‘que hoy no hay’”.</i> <i>“Si yo le entiendo, eh, pero yo también me pongo en el otro sitio, en el otro lado, si yo voy a un banco y me atiende una chica y le digo: ‘no, ¿me puede atender un chico?’”</i>
<i>“Eso no me gusta. Tienen que meter mano, esto no me gusta”.</i>	<i>“¡ostras es un hombre!” y yo digo “no, no, soy un ginecólogo. (...) si usted quiere un ginecólogo que no sea un hombre, pues tendrá que coger cita otro día y ver si le dan...”</i>
Lo ha escuchado (NdT: el ginecólogo-obstetra), <i>“pero después ha entrado otra vez a la habitación para tocar aquí. No me gusta”.</i>	<i>“(...) a mí no me sienta del todo bien, ¿vale? porque yo no me veo como un hombre en este momento, yo me veo como un profesional. (...)”</i>
<i>“Si un hombre toca, no me gusta”.</i>	<i>“(...) si hay una cosa que tengo que hacer, no puedo hacer prevalecer el deseo en este momento porque mi obligación es otra y yo, en este momento, no me veo como un hombre, me veo como un ginecólogo que tiene que resolver una situación (...)”</i>

Desde que he llevado a cabo el trabajo de campo, todas las veces que imparto talleres o cursos sobre la violencia obstétrica, ilustro el caso de reflexión acerca de las mujeres islámicas y su “deseo” -como lo define un ginecólogo-obstetra entrevistado-, de ser atendidas por una mujer. El resultado es que se acaba siempre hablando de discriminación inversa: *“es como si las mujeres no pudiéramos entrar en una sala de quirúrgica cardiotorácica”* comenta una ginecóloga. Otra razón puesta encima de la mesa es el derecho a la formación: *“deben tener las mismas oportunidades para aprender”*, por lo tanto, tienen que estar presentes en la sala, a pesar de la solicitud de las mujeres. Además, *“¿si no hay médicas?”*, se argumenta, como si la presencia de hombres en ginecología-obstetricia fuera aún predominante. Binata habla de interculturalidad, yo añadiría la profunda incomprensión del contexto porque, a pesar de tener leyes que protegen tanto la autonomía de la paciente⁶ como obligan al respeto de las creencias religiosas⁷, el discurso concierne la capacidad de comprensión, de reconocimiento y salir de nuestros privilegios. No es un capricho, no es discriminación inversa tampoco es un deseo. Es un derecho. Es una posición que las mujeres ocupan en el espacio del islam, es un dialogo -único- con su Dios, con su creencia, con su manera de vivir la protección y participar en la comunidad. Cada vez que no se respeta este diálogo con Dios, se está violando. Lo que seguimos haciendo es una falta de respeto hacia su unicidad ontológica, escatológica, teleológica y teológica, es decir, lo que es más importante para ella, que tiene que ver con la integridad y dignidad, y la violamos: porque todo pasa indiscutiblemente a través de nuestra identidad de “historia única”, de nuestro ego solipsístico, de nuestra subjetividad absoluta, de nuestro modelo de libertad neoliberal. La solicitud es entonces tomada como un rechazo personal, de hecho, algo que *“a mí no me sienta del todo bien”*.

Finalizando, el trabajo consiste en encontrar un lugar físico y emotivo a partir del cual observar y revisar los privilegios de hombres (y mujeres), blancos, jóvenes, sanos, económicamente estables, con oportunidades y cuerpos funcionales en tanto que autónomos e independientes dentro del modelo explicativo de la trinidad malvada. Necesitamos comprender que esta cosmovisión no tiene nada que ver con ellos, sino con una identidad, una pertenencia comunitaria, un lugar donde no existe separación entre poder temporal y espiritual, que esta expresión de voluntad es incuestionable y tiene que ver con un diálogo con Dios, con ellas y su cultura. No con ellos.

8. CONCLUSIONES

El proceso de migración es claramente un proceso de redefinición de identidades. Entiendo que deberían ser pensadas desde el paradigma propuesto por Dolores Juliano, o sea, como identidades fluidas (2004; 2017) ya que son el fruto de encuentros, tensiones y mediaciones con las tradiciones familiares, culturales y autóctonas.

⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).

⁷ Una de ellas, la misma Constitución Española, en el artículo 16 (BOE, núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

Este concepto permite comprender cómo las mujeres migrantes transitan, al mismo tiempo que encarnan, los campos sexo-género-cuerpo-corporalidad de manera menos rígida respecto a la percibida por los operadores. De hecho, a menudo, las profesionales resaltan formas farragosas o contradictorias que les desubican durante el proceso de atención. Se ha observado que la cultura se observa (aún) sin sincretismos e interferencias y desde la visión “sistema mundo moderno/colonial capitalista/patriarcal blanco/militar occidentalocéntrico y cristianocéntrico” (Adlbi, 2016:20). El marco de referencia sigue siendo patriarcal, capitalista y colonial. La trinidad malvada. Así mismo, pensar en formas más fluidas, nos ayuda en la construcción de la pedagogía de las posibilidades: nos centra en la agencia y las resistencias de las mujeres migrantes (Adlbi, 2016; Sousa Santos, 2006; Mignolo, 1996). Implica repensar la diferencia cultural en términos del espacio que se le otorga, o se le niega, tanto en la esfera pública (Odgers-Ortiz, 2003), como en el campo de la salud (Brigidi, 2009) y, específicamente, en el de la salud sexual-reproductiva (Brigidi y Busquets, 2019). Sin embargo, la percepción o lectura de formas contradictorias tiene muy a menudo que ver con las cuestiones religiosas. Estas prácticas consisten en una reutilización y una interpretación que las mujeres llevan a cabo de forma individual y colectiva en el contexto migratorio (Odgers-Ortiz, 2003). De hecho, la mayoría de ellas, se narraban a través de sus religiones, esencialmente la islámica y la cristiana, a las que aludían de forma directa o indirecta para marcar y delimitar el uso del cuerpo y su corporalidad en el proceso de socialización de género, para definir y estructurar una identidad migrante, así como justificar sus costumbres y prácticas frente a las ideas autóctonas de comunidad, cuidado, riesgo y protección en salud sexual y reproductiva. Con las prácticas religiosas se genera una reafirmación de tradiciones -desde aquí- a partir de la reutilización de prácticas y su reinterpretación. Estas prácticas no se revelan al profesional de la salud por cuestiones de prudencia. También para evitar el cuestionamiento o el conflicto con el sistema biomédico. Como se ha visto, cuando se realiza una expresión clara de voluntad de no ser atendida por un hombre, ésta se cuestiona hasta llegar a no respetarla; violando la identidad y la autonomía del sujeto. Concluyendo, no cabe duda de que se ha detectado una amplificación de la violencia obstétrica en este colectivo. La elaboración del concepto de estratificación obstétrica interseccional tiene la finalidad de romper con el universalismo, esencialismo, neutralidad y el androcentrismo del sistema biomédico que ve en las mujeres migrantes su máxima expresión. Sin embargo, necesitamos avanzar más en los estudios aplicados y ofrecer a las profesionales de la salud sexual y reproductiva herramientas de soporte y comprensión para trabajar con las mujeres migrantes que atienden y solicitar al sistema de salud la presencia de antropólogas y mediadoras culturales.

Este artículo se puede citar como:

BRIGIDI, S. (2022). “Estratificación obstétrica interseccional”.

Revista (Con)textos, 10: 93-113.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABU-LUGHOD, L. (1989). "Zones of Theory in the Anthropology of the Arab World". *Annual Review of Anthropology*, 18: 267-306.
- ADLBI SIBAI, S. (2016). *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Madrid: Akal.
- ARIÑO, A. (2002). "La expansión del patrimonio cultural". *Revista de Occidente*, 250 (S):129-150.
- AZAR, N. (2008). *Le cose che non ti ho mai detto*. Milano: Adelphi.
- BARATA, C. (2022). "Body broken in Half: tackling an Afro-Brazilian migrant's experience of obstetric violence and racism in Portugal through art making". *Revista (Con)textos*, 10 (1): 65-84.
- BOLADERAS-CUCURELLA, M. y J. GOBERNA-TRICAS, J. (2018). (eds.) *El concepto Violencia Obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [BOE]. (2002). "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica". *BOE*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274. BOE-A-2002-22188.
- BRIGIDI, S. (2009). Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili (URV).
- BRIGIDI, S. (2016). "Haec ornamenta sunt mea. Reflexiones en torno al universo (in)material de la maternidad". *Femeris*, 1, 1-2: 148-165.
- BRIGIDI, S. (2018). "“Jugamos a parir?”. El pošlost' de la violencia entre brutalidad y trivialidad". En M. BOLADERAS CUCURELLA y J. GOBERNA TRICAS (eds.). *El concepto Violencia Obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, pág.161-173.
- BRIGIDI, S. (2021a). "Cómo narrar la violencia obstétrica. El uso de la narrativa para gestionar una política educativa activa en materia de violencia". En: BRIGIDI, S. y CUADRADA, C. (Eds). *Maternidades, experiencias y narraciones*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili (URV). pág. 17-38.
- BRIGIDI, S. (2021b). "La violencia obstétrica y la sindemia". [En línea], ARA. https://es.ara.cat/opinió/violencia-obstetrica-sindemia-serena-brigidi_129_4122_823.html [Consulta, 19.09.2021].
- BRIGIDI, S. (Ed.) (2016). *Cultura, Salud y Cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions URV.
- BRIGIDI, S. y BIROSTA, J. (2020). "La sensibilización en género en Enfermería". *Index de Enfermería*, 29 (1-2): e124117.
- BRIGIDI, S. y BUSQUETS, M. (2019). "Interseccionalidades de género y violencias obstétricas". *Revista Musas*, 4(2): 77-97.
- BRIGIDI, S., AUSONA, M., MANCINELLI, F. y LEIVA, J. (2021). "El confinamiento de mujeres madres trabajadoras de clase media-alta en perspectiva interseccional. Una reflexión en torno a la dignidad del tiempo." En ARANGUEZ, T. y OLARIU, O. *Feminismo digital. violencia contra las mujeres y brecha sexista en internet*. Dyckison Editorial. pág. 230-247.
- BRIGIDI, S., FORGA, M., GÓMEZ, A., LEIVA-PRESA, À., PÉREZ-QUINTANA, A., et al. (2019). "Incorporació de la perspectiva de gènere a la docència de quatre assignatures pertanyents a cadascuna de les facultats de la UVic-UCC". [En línea], Uvic-UCC. <https://www.youtube.com/watch?v=AeL7Wa1Gli4> [Consulta, 17.02.2022].
- COLLINS, P.H. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS [CGCOM]. (2021). "El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de "violencia obstétrica" para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país". [En línea], https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_cgcom_violencia_obstetrica_12_07_21.pdf [Consulta, 17.03.2022].
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. (1978). Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- CRENSHAW, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago: University of Chicago Legal forum.
- CRENSHAW, K. (1991). "Mapping the margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color". *Stanford Law Review*, 43 (6): 241-1299.

- DAVIS, D.A. (2019). "Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing". *Medical anthropology*, 38 (7): 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- DOLORES, J. (2004). *Excluidas y marginales: Una aproximación antropológica*. Editores: Madrid: Cátedra.
- DOLORES, J. (2017). *Tomar la palabra: mujeres, discursos y silencios*. Barcelona: Bellaterra.
- ECO, U. (1997). *Kant e l'ornitorinco*. Milano: Bompiani.
- EVARISTO, B. (2019). *Niña mujer otras*. Madrid: Alianza.
- FANON, F. (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Madrid: Akal.
- GASTALDO, D., MAGALHÃES, L., CARRASCO, C., y DAVY, C. (2012). "Body-Map Storytelling as Research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping". [En línea] <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping> [Consulta, 17.02.2019].
- GOBERNA-TRICAS, J. (2019). "Violencia obstétrica. Aproximación al concepto y Debate en relación a la terminología empleada". *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, 4(2): 26-36.
- HANCOCK, A.M. (2007). "When multiplication doesn't equal quick addition". *Perspectives on Politics*, 5 (1): 63-79.
- JAMES, J. (1981). *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*, New York: Free Press.
- JORBA, M. y RODÓ-ZÁRATE, M. (2019). "Beyond mutual constitution: the property framework for intersectionality studies". *Signs: Journal of women in culture and society*, 45 (1): 175-200.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA [IDESCAT]. (2021). "Población extranjera a 1 de enero. Por países". [En línea], <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=12&lang=es> [Consulta, 12.02.2022].
- LAZZERINI, M., COVI, B., MARIANI, I., DRGLIN, Z., ARENDT, M., NEDBERG, I. H., et al., IMAGINE EURO study group (2022). "Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region". *The Lancet Regional Health*, 13. 100268. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- LLAMAS, E., y BRIGIDI, S. (2022). Cultures i Drets Sexuals i Reproductius de les dones migrants a Catalunya. Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere al sistema sanitari català". *Revista (Con)textos*, 10: 115-132.
- LOYO, A., y CALVO, B. (2009). *Centros de transformación educativa*. México DF. Madrid: Fundación Iberoamericana para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- MATA-CODESAL, D. (2018). "El olor del cuerpo migrante en la ciudad desodorizada. Simbolismo olfativo en los procesos de clasificación social". *AIBR*. 13 (1): 23-43.
- MIGNOLO, W. (1996). Herencias coloniales y teorías postcoloniales. En GÓNZALEZ B.S. (Ed.). *Cultura y tercer mundo: cambios en el saber académico*. Nueva sociedad. pág. 99-136.
- NAFISI, A. (2008). *Le cose che non ti ho mai detto*. Milano: Adelphi.
- NGOZI ADICHIE, C. (2018). *El peligro de la historia única*. New York: Penguin Random House Grupo Editorial.
- ODGERS-ORTIZ, O. (2003). "Migración, identidad y religión: aproximaciones al estudio del papel de la práctica religiosa en la redefinición identitaria de los migrantes mexicanos". *ALHIM*, 7: 2-9.
- OPAZO, D., RAMÍREZ, A., y CHAMORRO, C. (2017). "Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán". *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 4(2): 78-102.
- QUATTROCCHI, P. (2022). «Seguridad» y «respeto» durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las matronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado. *Revista (Con)textos*, 10: 13-33.
- RODÓ-ZÁRATE, M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Barcelona: Editorial Bellaterra.
- SADLER, M., SANTOS M.J., RUIZ-BERDÚN, D., ROJAS, G.L., SKOKO, E., GILLEN, P. y CLAUSEN, J.A. (2016). "Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence". *Reproductive Health Matters*, 24 (47): 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

SCLAVI, M. (2000). *Arte di ascoltare e mondi possibili: come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Pescara: Le vespe.

SOCIETAT CATALANA D'OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA [SCOG]. (2022). Creació del Grup de Treball en Violència Obstètrica i Perspectiva de Gènere en Salut. [En línia], Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. <http://webs.academia.cat/societats/ginecol/?p=page/html/societat/noticies/detallnoticia/5067/033/2> [Consulta, 17.02.2022].

SINGER, M., y RYLKO-BAUER, B. (2021). "The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis". *Open Anthropological Research*, 1 (1): 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>

SOUSA SANTOS, B. (2006). *Renovar la teoria crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: Clacso.

SPIVAK, G. (1988). "Can the subaltern speak?: speculation of widow sacrifice". In Cary Nelson and Lawrence Grossberg (eds) *Marxism and the Interpretation of Culture* London: Macmillan, pag. 24-28.

TAPPIN, B.M y MCKAY, T. (2017). "The Illusion of Moral Superiority". *Social Psychological and Personality Science*. Vol. 8 (6): 623-631.

THE WHITE HOUSE, (1997). "Apology For Study Done in Tuskegee". [En línia], <https://clintonwhitehouse4.archives.gov/New/Remarks/Fri/19970516-898.html> [Consulta, 17.02.2022].

VIGARELLO, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza Editorial.

* * *