DEL 'REGIMIENTO DE LAS PREÑADAS' A LA CIENCIA OBSTÉTRICA

LAS RAÍCES DEL DISCURSO MÉDICO EN TORNO AL EMBARAZO

Rosa Ballester

From the Handbook for Pregnant Women *to the Science of Obstetrics. The Roots of Medical Discourse Surrounding Pregnancy.*

The history of scientific-medical knowledge of gestation and prenatal care enables us to approach a discourse mixing biological, cultural and social questions in an issue that leaves nobody indifferent. This is because it poses no more and no less, as is understood, than the genesis of a human being in its early stages of development.

En 1866, Mathews Duncan, famoso obstetra de la Inglaterra victoriana, describía la fisiología de la reproducción, a lo largo de la vida de las mujeres, como «una especie de onda que, desde la esterilidad inicial, va subiendo al más alto nivel para descender gradualmente y volver otra vez a la situación de esterilidad». Que la fecundidad dependía de la edad ha sido un hecho contrastado fehacientemente a lo largo de la historia y sólo matizado y cuestionado a partir de la última década del siglo XX, cuando –la italiana Liliana Cantarori fue el primer caso conocido– la biomedicina fue capaz de transformar en madre a una mujer postmenopáusica, tras recibir un tratamiento hormonal que «revertía» su climaterio y después de haberse transferido a su cavidad uterina un óvulo fecundado procedente de otra mujer mediante la técnica de fertilización *in vitro*.

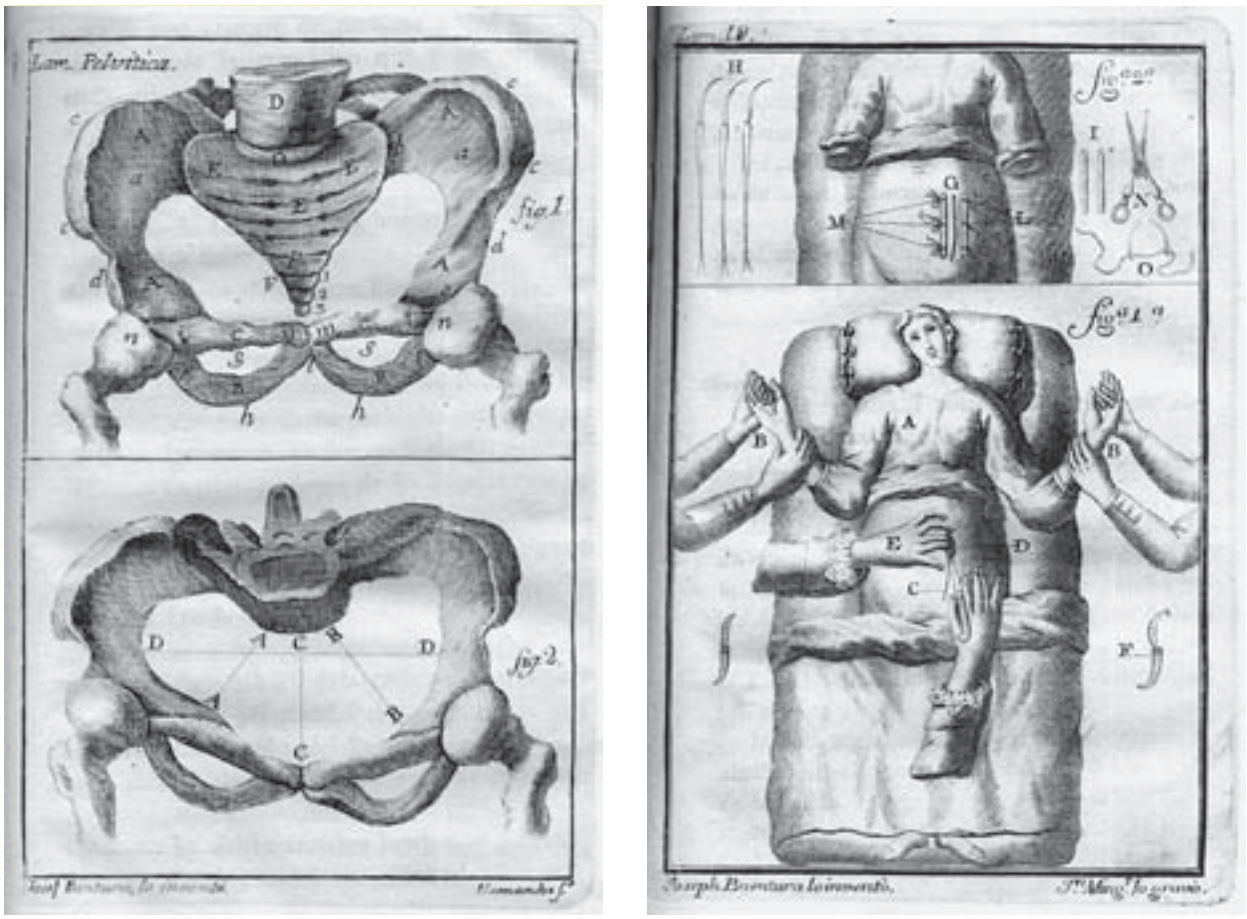
«CON ANTERIORIDAD A LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DEL SIGLO XIX, EL SEGUIMIENTO POR PARTE DE LOS MÉDICOS DEL EMBARAZO Y EL CUIDADO ANTENATAL NO EXISTÍAN COMO CONCEPTO NI COMO PRÁCTICA»

Este fue el inicio de la denominada revolución en la reproducción humana que ha supuesto una ampliación desconocida hasta el siglo XX de la capacidad de manejar y controlar este proceso fisiológico desde la ciencia. Dejando al margen los interesantes problemas éticos que plantean las novedades que cada día se están produciendo en este campo, hay un asunto más amplio que es del que nos vamos a ocupar en el seno de este artículo y es contextualizar históricamente las ideas y las prácticas relativas a uno de los acontecimientos más relevantes de la vida humana, en el que se entrelazan e interactúan biología, sociedad y cultura: el desarrollo intrauterino de un ser humano y de qué modo ha sido entendido por la medicina.

Situándonos en la esfera del mundo occidental y a partir del momento de la aparición de la medicina académica en el seno de las universidades europeas bajomedievales, este es un relato con, al menos, cuatro etapas. Entre los siglos XII y XVII, las actividades relacionadas con salud y reproducción hay que rastrearlas en el mundo complejo y variado de las sanadoras, que habían sido desde siempre los únicos agentes de salud en lo tocante al embarazo y a las enfermedades de las mujeres (Cabré y Ortiz, 2001). Durante ese largo espacio temporal, cuando se produjo en Europa el proceso de organización y consolidación de la profesión médica mediante su reglamentación legal y formación reglada en las universidades, se excluyó de dicho proceso de forma paulatina el trabajo sanitario que las mujeres habían estado desarrollando hasta esos momentos.

En el siglo XVIII, y coincidiendo con el ascenso social y científico de la figura de los cirujanos, éstos, junto a los médicos, tenían la potestad de dar un reconocimiento

A la izquierda, Eulàlia Valldosera. *Maternidad II*, 2009. Archivo digital (capturas de vídeo procesadas en Photoshop). Dimensiones variables.



Entre los siglos XVII y XVIII se produce la primera fase de la medicalización del embarazo, cuando el proceso de la gestación y del parto se incorporan al discurso médico. A la izquierda, láminas anatómicas de un cirujano del Hospital General de la Pasión de Madrid, mostrando malformaciones de la pelvis que podían causar dificultades en el embarazo y en el parto. En la imagen de la derecha, lámina de un tratado del siglo XVIII con recomendaciones a los cirujanos para practicar la operación de cesárea.

Fuente: VENTURA PASTOR, J., 1814. *Preceptos generales sobre las operaciones de los partos... exposición general del arte obstétrico... escrito particularmente para la instrucción de los cirujanos particulares.* Imp. García. Madrid.

oficial –y por tanto posibilidades de ejercer la práctica de ciertas actividades como la asistencia a los partos– a las llamadas *matronas*, con el objetivo de distinguirlas de las *comadres, madrinas, parteras* o simplemente *mujeres*, que eran las que no poseían ningun tipo de licencia o cualificación. Médicos y cirujanos elaboraban manuales para las aspirantes a matronas, las examinaban y supervisaban sus actividades profesionales. Sin embargo, como varios estudios han señalado (Marland, 1991), no dejaron de existir conflictos no sólo en el ámbito de las competencias, sino también disensiones en el terreno de los saberes, por parte de matronas como Louise Bourgeois, Jane Sharp o Luisa Rosado (Cabré y Ortiz, 2001), que defendieron un conocimiento diferente al de médicos y cirujanos.

La etapa siguiente fue la medicalización del proceso reproductivo en manos de una nueva especialidad médica emergente en el siglo XIX, la ginecología y obstetricia, aunque iniciado ya con anterioridad, sobre todo en el periodo ilustrado. Y por último, desde las primeras décadas del siglo XX, apareció y se desarrolló un seguimiento protocolizado y reglado de todo el embarazo por parte de los profesionales sanitarios, dirigido por los médicos especialistas y en el que se introduce la novedad de la educación sanitaria de las futuras madres y se entra de lleno en el universo de las tecnologías médicas que controlan todo el proceso.

LOS SABERES CIENTÍFICOS SOBRE EL EMBARAZO

Con anterioridad a las últimas décadas del siglo XIX, el seguimiento por parte de los médicos del embarazo y el cuidado antenatal no existía como concepto ni como práctica. Ni los médicos ni las propias mujeres se planteaban la necesidad de que hubiera una supervisión profesional y experta del proceso. No había ni clínicas ni

departamentos hospitalarios para esta función, ni siquiera para la atención al parto. Pero ello no significa ausencia de conocimientos, como vamos a ver a continuación.

Lo que sí que contaba con una larga tradición, procedente de la medicina clásica greco-romana y enriquecida con los nuevos descubrimientos anatómicos y fisiológicos surgidos en el período de la medicina moderna (siglos XV a XVIII), eran los datos y las explicaciones sobre el embarazo y la avalancha de conocimientos y desarrollos técnicos que aportó la medicina positivista del siglo XIX.

El discurso médico sobre la naturaleza de la mujer en los escritos hipocráticos y en el galenismo es bien conocida, desde los esquemas de la llamada teoría humoral, vigente en todo el mundo occidental desde los siglos V-IV aC hasta la medicina moderna iniciada en el Renacimiento y, en algunos campos, hasta el siglo XIX. Desde esa teoría, la mujer es, por naturaleza, inferior biológicamente al hombre porque en ella predominan las cualidades de frialdad y humedad, lo que le impide alcanzar la plenitud que como ser humano tiene el varón, seco y cálido, por naturaleza, dado que el calor era considerado primordial para el buen funcionamiento orgánico.

Desde la atalaya de la ciencia médica antigua y tradicional, el origen del individuo humano sería el que a continuación se detalla. Las dos «semillas», masculina y femenina, colaboran en la formación del embrión al condensarse la mezcla de las dos por la acción del calor uterino. El embrión se nutre de dos fuentes: la sangre menstrual que no se efunde durante el período gestacional y el hálito de la madre, transformado en neuma dentro de la masa embrionaria. Por fin, el neuma se fragua en un conducto por donde el embrión comienza a respirar. El sexo vendría determinado por el predomino de la semilla paterna o materna y, desde los supuestos del aristotelismo, la forma del nuevo ser (lo caliente, lo activo), la pone la semilla masculina, mientras que la materia del embrión (lo frío, lo pasivo), la semilla femenina. El desarrollo posterior de la embriología añadirá a este esquema, desde los estudios anatómicos y fisiológicos experimentales, interpretaciones en torno a si la formación del embrión se produce mediante epigénesis (desde un magma indiferenciado hasta adquirir paulatinamente la forma humana) o preformacionismo (la idea de que la forma y la estructura del individuo adulto están ya precontenidas en el embrión, que sería como un homúnculo invisible y enrrollado sobre sí mismo). La teoría celular en el siglo XIX condujo a entender el proceso embriológico desde una concepción celular de la fecundación –el óvulo y el espermatozoide eran un tipo especial de células– y el darwinismo favoreció la ordenación y la interpretación de los datos en clave de la evolución, de tal forma que el desarrollo embrionario recapitula, sintetiza, morfológicamente el pasado de la especie.

Portada de la obra de Damián Carbó, *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Se trata de la primera monografía de tema obstétrico escrita en España y la segunda en Europa.

Fuente: D. Carbó, 1541. *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Hernando de Cansoles. Ciudad de Mallorca.

«CON ANTERIORIDAD AL SIGLO XVIII NADIE CUESTIONABA QUE EL ARTE DE ASISTIR ERA UNA ACTIVIDAD EXCLUSIVAMENTE FEMENINA»

La obra clásica de mayor calado doctrinal en cuanto a conocimientos obstétricos fue la *Gynaecia* de Sorano de Éfeso, médico romano del siglo II dC, aunque, sin duda, la obra más influyente fue el conjunto de escritos denominados *Trótula*, de procedencia medieval y cuyos contenidos, escasamente originales, provenían de la tradición clásica grecolatina. Dicha obra tuvo un elevado número de ediciones en el período moderno y su autoría ha sido objeto de discusión de filólogos e historiadores. Los trabajos de Monica Green (Cabré y Ortiz, 2001) han situado perfectamente la polémica sobre dicha autoría y sobre la propia figura de la sanadora Trota o Trótula y han planteado interesantes cuestiones como las relaciones de género dentro y entre las profesiones sanitarias, las formas de establecer la relación con la paciente, el papel de las mujeres como autoras de obras de contenido científico-médico y de textos no técnicos sobre salud y enfermedad, su actividad como popularizadoras de conocimientos médicos y sanitarios y su empeño por la educación sanitaria de las mujeres.

El mejor conocimiento anatómico de los órganos de la reproducción que aportó la medicina moderna y contem-

poránea añadió precisión al delimitarse cuál era la topografía exacta del útero en la cavidad abdominal y cómo se relacionaba con los órganos vecinos y permitió contar con instrumentos como la pelvimetría, mediante la cual se podían estudiar sistemáticamente las estrecheces pelvianas. La posibilidad de utilizar técnicas microscópicas y de otro tipo permitió también conocer el endometrio y sus cambios y, sobre todo, la incorporación de la endocrinología posibilitó entender el papel de las hormonas en el proceso reproductivo.

En cuanto a la exploración de la embarazada, a lo largo del siglo XIX y de las primeras décadas del XX se protocolizaron procedimientos como las cuatro maniobras descritas por G. Leopold en 1894 que permitían diagnosticar la posición del útero, la situación fetal, la presentación y la posición del feto. La exploración general de la embarazada comienza a ser cada vez más utilizada, así como la auscultación de los tonos cardíacos y los latidos fetales desde 1821.

Hasta la aparición, hacia 1920, de los test de laboratorio, los signos tempranos mediante los cuales se podía establecer el diagnóstico del embarazo fueron clasificados minuciosamente por el británico William Montgomery en 1838. Hacia finales del siglo XIX, los signos diagnósticos se dividieron en tres grandes apartados: positivos (audición de los latidos fetales), probables (cambios en la consistencia del cerviz uterino a la palpación) y presuntivos (el cese de la menstruación). El mayor problema residía en que la exploración vaginal era considerada como algo impropio y desagradable para la mujer. Y en el caso de que se realizara, se hacía por debajo de la ropa, con la mirada del médico dirigida hacia el techo. La situación era tan embarazosa en ambientes puritanos como el de la Inglaterra victoriana, que se sedaba con tintura de opio o se utilizaba cloroformo para que la mujer no fuera dañada en su pudor.

En consonancia con la interpretación, desde los esquemas de la teoría humoral, de los cambios experimentados por el organismo femenino durante este proceso, los aspectos preventivos y terapéuticos utilizados hasta el período contemporáneo estaban basados en ajustar los fluidos y las funciones orgánicas para lograr una situación de equilibrio y ajuste. El control de las denominadas por el galenismo «seis cosas no naturales»[1] eran el eje vertebrador sobre el que se articulaban las indicaciones. De todos ellas, la dieta era quizá la más importante y debía ajustarse con arreglo al temperamento de cada mujer, a su complexión humoral. También se consideraba importante el aire y evitar las emociones fuertes.

[1] Aquellas que había que controlar para evitar caer en enfermedad: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, secreciones y excreciones y pasiones del alma o emociones.

Procedimiento usual de exploración clínica de una mujer gestante en los inicios del siglo XIX.

Fuente: MAYGRIER, J. P., 1822. *Nouvelles démonstrations d´accouchements avec des planchesen taille-douce*. Béchet. París.

No es infrecuente encontrar referencias a los antojos, contemplados de diversa manera, en general, denostados por los galenos por pertenecer al ámbito de las supersticiones populares, aunque aún en las obras renacentistas se mencionan y se les intenta dar algún tipo de explicación. Por lo demás, para las náuseas y vómitos, se encuentra una amplia gama de remedios, desde las tisanas tradicionales con manzanilla, al uso de la belladona o el bismuto. Uno de los remedios propios de la terapéutica tradicional, las sangrías, estaban, sin embargo, proscritas para las embarazadas.

LA MEDICALIZACIÓN DEL EMBARAZO: DE LO NATURAL A LO POTENCIALMENTE PELIGROSO

Bajo ese rótulo pueden distinguirse dos estadios bajo los que ha sido utilizada la expresión «medicalización del embarazo». El primero de ellos consiste en la incorporación al discurso médico de este proceso en los siglos XVII y XVIII, dentro de las coordenadas de lo natural, de lo fisiológico. El segundo se refiere a su gradual redefinición como algo potencialmente patológico y, por tanto, absolutamente inmerso en la esfera de la medicina a partir de las primeras décadas del siglo XX.

En la primera etapa, uno de los principales mecanismos de la medicalización fue la utilización de la literatura de popularización escrita por médicos y cirujanos y dirigida a la población que, en el caso que nos ocupa, tenía a las mujeres como destinatarias y otros destinados directamente a las sanadoras, comadres o parteras. Su objetivo era transmitir lo que se consideraban consejos *racionales*, emitidos desde la ciencia y que pretendían combatir las prácticas consideradas como perjudiciales, realizadas por sanadoras. Como hemos comentado anteriormente, lo que había detrás no era únicamente lo que podía considerase una misión puramente filantrópica sino la lucha por el monopolio de un espacio de actividad profesional que no estaba bajo el dominio de la medicina y la cirugía.

Con anterioridad al siglo XVIII, nadie cuestionaba que el arte de partear era una actividad exclusivamente femenina. Un ejemplo significativo es la monografía del médico mallorquín Damián Carbó, quien escribió, en 1541, el *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Dice Carbó que «desde la realeza al pueblo llano, todas las mujeres preñadas y paridas, en sus necesidades y para las criaturas, a las comadres, antes que a los médicos, piden consejos».

Una de las claves de esta primera etapa del proceso de medicalización la encontramos en las obras de popularización ilustradas dirigidas a las mujeres embarazadas, como la del inglés John Grigg. En ellas, los autores no sólo presentan el embarazo como algo normal, que pertenece a la naturaleza, sino que ofrecen una información que proviene de las propias experiencias de las mujeres.

Un cambio cualitativo se fue instaurando paulatinamente y se consolidó a partir de las décadas centrales del siglo XX, con la incorporación del cuidado antenatal, es decir, de un seguimiento reglado de la gestación por parte de los profesionales sanitarios para evitar las complicaciones. La idea de la gestación como un proceso potencialmente patológico fue la clave para establecer una serie de principios de este cuidado antenatal: como los exámenes obstétricos y las pruebas analíticas periódicas para predecir si el parto se presentaba problemático, para detectar complicaciones como las toxemias o las infecciones y, paulatinamente, con ejercicios de preparación al parto para entrenar a las mujeres de modo que prestasen su ayuda a los profesionales en las fases de dilatación y de expulsión del feto. Con ello, se justificaba todavía más, con razones poderosas emanadas de la ciencia, la necesidad de que la embarazada se transformara en un tipo especial de paciente que requería asistencia experta. De una gestante ideal, seguidora estricta de los consejos de los profesionales, devendrá una mujer que será capaz de llevar a cabo, con sus hijos, una maternidad científica y responsable. Pero, la historia no termina aquí.

Las innovaciones en la historia de la medicina reproductiva han sido espectaculares en las últimas décadas. Uno de los objetivos marcados por la pléyade de científicos básicos (biólogos, genetistas), quienes, junto a los ginecólogos han liderado el proceso, ha sido lo que se ha denominado «hacer fértiles a las mujeres infértiles» (Pfeffer, 2000). La procreación asistida ha sido posible gracias al desarrollo de tres líneas de investigación: la primera, iniciada en 1958, el uso de las gonadotrofinas que estimulan la liberación de hormonas gonadales, estrógeno y progesterona en el ovario. La segunda, en la década de los sesenta, la incorporación de un procedimiento quirúrgico bien conocido, la laparotomía, que permitía visualizar y explorar directamente los órganos reproductores mediante una pequeña incisión en la cavidad abdominal. Finalmente, el tercer paso fue el de la fertilización *in vitro* (FIV). Durante un ciclo FIV, se recuperan los óvulos y los espermatozoides y se les coloca juntos en el laboratorio. Si los óvulos son fertilizados con éxito, se los transfiere al útero de la mujer e, idealmente, uno de los óvulos fertilizados se implantará y desarrollará como un embarazo normal.

«EN EL SIGLO XIX, LA EXPLORACIÓN VAGINAL ERA CONSIDERADA COMO ALGO IMPROPIO Y DESAGRADABLE PARA LA MUJER. EN EL CASO DE QUE SE REALIZARA, SE HACÍA POR DEBAJO DE LA ROPA, CON LA MIRADA DEL MÉDICO DIRIGIDA HACIA EL TECHO»

Con ello, el círculo de la medicalización, el control de la ciencia sobre el cuerpo reproductor, con sus connotaciones positivas pero también con otras que lo son menos, parece cerrarse en sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Cabré, M. y T. Ortiz (eds.), 2001. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. (Siglos XII-XX)*. Icaria. Barcelona.

Esteban, M. L., 2001. *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Tercera prensa. San Sebastián.

Pfeffer, N., 2000. «The reproductive body». *In* Cooter, R. y J. Pickstone. *Medicine in the Twentieth Century*. Harwood Academic Press. Amsterdam.

Marland, H. (ed.), 1991. *The art of midwifery. Early modern midwives in Europe*. Routledge. Londres.

Oakley, A., 1986. *The captured womb. The history of the medical care of pregnant woman*. Basil Blackwell. Oxford.

Rosa Ballester. Doctora en Medicina y Catedrática de Historia de la Ciencia. Unidad de Historia de la Ciencia, Universitat Miguel Hernández d'Elx.