

Egiturazko indarkeria obstetrikoa: Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale publikoetan erditu diren emakumeen bizipenak eta diskurtsoak

Structural obstetric violence: experiences and discourses of women who have given birth in public hospitals in the Autonomous Community of the Basque Country

Ane Estebaranz Delgado*

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

LABURPENA: Ikerketa kualitatiboan datza, zeinetan helburu nagusia den azken bost urteetan Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale publikoetan erditu diren emakumeek erditzeari buruz dituzten bizipenak, diskurtsoak eta hauetan agertu daitezkeen ezberdintasunak azaldu dezaketen faktoreak aztertzea. Bederatzi emakumei elkarrizketa sakonak egin zaizkie. Hauen analisiaren bidez bi diskurtso nagusi bereizi dira erditzean analgesia epiduralaren erabilerak markatuta. Analgesia erabili duten emakumeek erditzearen diskurtso biomedikoarekin bat egiten dute oro har, erditzeko osasun sistemarekiko dependentzia handiagoa izanik, nahiz eta tentsioak ere agertzen diren. Epiduralik gabe erditu diren emakumeek diskurtso hegemonikoaren kontrako jarrera hartzen dute, emakumezkoek erditzearen gaineko kontrola berreskuratzearen aldeko defentsa eginez. Osasun sistemak erditzearen medikalizazioaren bitartez emakumezkoenganako egiturazko indarkeria obstetrikoa jarduten duela ondorioztatu da. Ikerketa honen ekarpen berritzaileen artean, paradigma biomedikoak berak indarkeria obstetrikoa sortzen duela nabarmentzen da.

Hitz gakoak: indarkeria obstetrikoa, erditze, min, osasun sistema, ikerketa kualitatibo.

ABSTRACT: This is a qualitative study whose main objective is to analyze the experiences and discourses on the birth of women who have given birth in the last five years in public hospitals in the Autonomous Community of the Basque Country, as well as the factors that may explain the differences present in these discourses. In-depth interviews have been conducted with nine women. Through its analysis, two main discourses have been differentiated, marked by the use of epidural analgesia in childbirth. Women who have used analgesia generally acquire the biomedical discourse about childbirth, being more dependent on the health system to give birth, although tensions also appear. Women who have given birth without using an epidural position themselves against the hegemonic discourse, defending that women regain control over childbirth. It has been concluded that the health system exerts structural obstetric violence against women through the medicalization of childbirth. Among the innovative contributions of this study, it is worth highlighting the fact that the biomedical paradigm itself generates obstetric violence.

Keywords: obstetric violence, birth, pain, sanitary system, qualitative research.

* **Correspondencia a/Correspondence to:** Ane Estebaranz Delgado. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) – ane.estebaranz@ehu.eus – <https://orcid.org/0009-0006-9594-6895>

Cómo citar/How to cite: Estebaranz Delgado, Ane (2023). «Egiturazko indarkeria obstetrikoa: Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale publikoetan erditu diren emakumeen bizipenak eta diskurtsoak»; *Inguruak*, 74, 53-71. (<http://dx.doi.org/10.18543/inguruak.235>).

Jasoa/Received: 2023 apirila 11; Onartua/Final version: 2023 ekaina 07.

ISSN 0214-7912 / © 2023 UPV/EHU



Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

1. SARRERA

Erditzearen laguntzean aldaketa garrantzitsuak eman dira Medikuntza modernoaren ezarpenarekin batera, gaur egun Mendebaldeko gizarteetan erditzea medikalizaturik da-goelarik eta honi konnotazio patologikoa eman zaiolarik. Honek erditzeko minaren bizi-penean eragin du besteak beste, metodo farmakologikoen bidez hau ezabatzeko aukera egotearen ondorioz. Gainera, erditzen diren emakumeek gaixoaren rola hartzea eragin da, baita erditzeko osasun sistemekiko dependentzia garatzea ere. Osasun sistemaren baitan artatzen diren erditzeetan osasuneko profesionalen aldetik emakumeekiko praktika inbaditzaileak gauzatzeko joera antzematen da, osasungintzaren etekinen mesedetan.

Aipatutako erditzearen medikalizazioaren ondorioz, erditzen diren emakumeengan sufrimendua eragiten da, izan ere, hauek egituraz jarduten diren praktika medikoen bitartez indarkeria obstetrikoa jasaten dute. Biolentzia hori bi botere egituren arteko egikaritzearen bidez agertzen da: alde batetik, erditzen den subjektua egituraketa patriarkalean emakumezkoa da eta, beste alde batetik, espezialistekiko hierarkikoa den osasun sisteman pazientea da. Hala ere, indarkeria obstetrikoki erresistentzia jartzen dion erditze humanizatuaren presentzia nabarmentzekoa da, emakumezkoek erditzearen gaineko kontrola berreskuratzeko xedea duena.

Biolentzia obstetrikoren inguruko gizarte kontzientzia eskasa da (Mena-Tudela *et al.*, 2020), biomedikuntzaren praktikak onarpen handia dutelako. Hala, gizartearen ikusezina den errealitatea da eta honi buruzko sentsibilitatearen beharra ezinbestekoa da. Emakumezkoek erditzean jasaten duten sufrimendu hau ekidin daitekeen heinean, emakumeak beraien erditzean rol protagonista izan dezaten eta prozesuan zehar pozik sentitu daitezten osasuneko profesionali ezarri diren paradigmatik aldatzeko beharra mahaigaineratu nahi da.

Esandakoa esan dela, ikerketaren helburu nagusia azken bost urteetan Euskal Autonomia Erkidegoko (aurrerantzean, EAE) ospitale publikoetan erditu diren emakumeek erditzeari buruz dituzten bizipenak eta diskurtsoak aztertzea da, hauetan ager daitezkeen ezberdintasunetan ere fokua jarri delarik. Horretarako, metodologia kualitatiboa baliatuz elkarriketa sakonak burutu dira.

2. MARKO TEORIKOA

Mendebaldeko gizarteetan produkzio sistema kapitalista ezarri aurretik, gaixotasunak emakumezkoek artatzen zituzten sendagai naturalen bidez, belaunaldiz belaunaldi transmititutako eta esperientziak gidatutako ezagutza baliatuz (Ehrenreich eta English, 2019). Horrekin batera, Neolitotik hasi eta hamar mila urte beranduago arte, erditzeetan ere emakumeek laguntzen zuten, normalean alde aurretik erditu direnek (Argüello-Avenida eta Mateo-González, 2014). XVI. mendean esangura mistikoa duen emakumezkoen

sendatzeko tradizio hau deslegitimatzen hasten da ez duelako balio kapitalistekin bat egiten (Federici, 2020). Izan ere, Lehenengo Industria Iraultza XVIII. mendeko bigarren erdian gertatzen den arren, alde aurretik produkzioak bizitzan garrantzia har dezan botere egituren partetik balio kapitalistak hedatzeko hainbat saiakera egiten dira. Hala, sorginen ehiza abiatuz arimarekin zerikusia duena debalatu egiten da eta arrazoiari balio handia ematen hasten zaio (Szasz, 1981).

Sendagile tradizionalen baztertzearekin batera, gaixotasuna artatzeko enpirismoan oinarritzen diren medikuak agertzen dira, zeinak epidemia garaietan batez ere boterea eta legitimitatea hartzen hasten diren, botere egiturek arauak ezartzeko eskumena ematen dietelarik (Foucault, 1953). Hala, XVIII. mendean Medikuntza diziplina gisa instituzionalizatu egiten da unibertsitateen sorreraren bidez, non emakumezkoen sarrera esplizituki debekatu egiten den (Argüello-Avendaño eta Mateo-González, 2014). Erditzeetan laguntzea da emakumezkoek galtzen duten azken botere gunea (Federici, 2020). Izan ere, erditzearen artatzean agertzen diren lehenengo gizonezkoak zirujauak dira XVI. mendean. Ondoren, emagin tradizionalen zorrotasun zientifikoa zalantzan jartzen hasten da eta formazio unibertsitarioa ez izateagatik haien lana deslegitimatuta egiten da (Argüello-Avendaño eta Mateo-González, 2014).

Medikuntza modernoa ezartzearekin batera gaixotasuna eta osasuna ulertzeko era aldatzen da. Gaixotasuna bizitzaren parte izatearen ordez, ezabatu beharreko zerbait bihurtzen da (Parsons, 1952), gaixotasunak prebenitzeko asmoz medikuek banakoen ereduazko portaerak agintzen dituztelarik (Foucault, 1953). Osasunaren medikalizazioaren ondorioz, esparru medikoaren baitan artatzen denaren mugak zabaldu egiten dira, erditzea bezalako prozesu normalak eta fisiologikoak barne hartuz (Zola, 1981; Illich, 2020; Orueta *et al.*, 2011). Horrenbestez, haurdunaldia zein erditzea gaixotasunetatik aparteko prozesu fisiologikoa izatetik konnotazio patologikoa izatera pasatzen da.

Gaixotasuna eta osasuna ulertzeko era berri honetan diagnosa gaixoaren subjektibitatearen arabera bako bako medikuak gorputzaren seinaleen bitarteko interpretazioaren arabera bako bako da (Foucault, 1953). Izan ere, medikua espezialista den heinean, ezagutza berak duela kontsideratzen da (Parsons, 1952) eta, ondorioz, erditzean emakumea subjektu aktibo izatetik objektu pasibo gisa tratatua izatera igaro da. Are gehiago, erditzean emakumezkoaren zein haurraren ongizatea arriskuan egotearen aukerak interbentzio medikoa justifikatu egiten du, ongizate hori bermatzeko gaitasuna duen bakararra medikua dela ikusten baita. Bestalde, bai gaixotasunak bai erditzea artatzeko espazioa pazientearen etxea izatetik ospitalea izatera pasatzen da, non medikuek arautzen duten (Foucault, 1953). Gainera, medikua diagnosiak egiteko moralki neutrala den irudikapena orokortzen da, neutraltasun hori bera delarik legitimitatea ematen diona (Padilla, 2019; Parsons, 1952). Aipatutako faktoreen ondorioz, pazientearen eta profesionalaren arteko asimetria nabarmen handitzen da. Beraz, orokorrean gaixotasunaren eta osasunaren kudeaketa eta zehazki erditzearena osasun sistemen mende dago eta gizabanakoek ez daukate horiek kulturalki gestionatzeko baliabiderik (Illich, 2020).

Gaur egungo erditzearen artatzean haurraren bihotz maiztasunaren monitorizazioa bezalako teknologiek presentzia handia dute (Hernández eta Echevarría, 2014). Hauen erabilera legitimatu egiten da amaren eta haurraren ongizatea modu prebentibo batean bermatzeko tresna gisa ikusten delako. Hala, erditzean laguntzeko osasuneko profesionalak teknologiak emandako seinaleei arreta jartzen diote, emakumearen sentsazioei arreta jartzearen ordez. Horrek emakumeek espezialistenganako menpekotasun handiagoa edukitzea dakar, teknologiaren seinaleak espezialistek besterik ezin dutelako interpretatu.

Horren harira, xx. mendeko azken hamarkadetan analgesia epidurala aplikatzen hastearekin batera erditzeko mina jasanezin bezala irudikatzen da, espezialistek besterik lausotu ezin dezaketen gaitz bihurtuz (García-de-Diego eta Serrano-del-Rosal, 2019). Horrela, analgesia epiduralaren unibertsalizazioak erditzearen esperientzia aldatu egiten du guztiz (García *et al.*, 2019), ordura arte erditzea eta mina bereiztezinak zirelako eta sentsibiltate ezak erditzen ari den emakumearen profesionalenganako menpekotasuna handitzea eragiten duelako.

Beste alde batetik, gaur egungo erditzearen artatzearen beste ezaugarri bat ospitaleen funtzionamendu mekanizatua ere bada (Hernández eta Echevarría, 2014). Izan ere, esparru medikoan artatzen diren gainerako prozesuak bezala, erditzearen arreta estandarizaturik dago, zerbait normalizat jotzen denaren mugetatik kanpo ateratzen denean interbentzio medikoa justifikatuta dagoelarik. Horrela, produktibismoaren bilaketaren ildoan erditzeak arintzeko joera dago eta kasu batzuetan justifikazio medikorik gabeko interbentzioak burutzen dira (*ibidem*). Horrenbestez, erditzen ari den emakumea da berriro ere osasunaren sistemaren beharretara egokitzen dena eta ez alderantziz.

Esandako guztia esan dela, osasun sistemak emakumeenganako egiturazko indarkeria obstetrikoa jarduten duela ondoriozta daiteke. Izan ere, Medikuntza modernoaren baitan emakumezkoak subjektu subalternoak dira bai profesionalen aldean, diziplinaren sorreran bertan emakumezkoak baztertuak izan baitziren, bai eta pazienteen aldean ere, osasun sistemek erditzen ari diren emakumeak deshumanizatu egiten dituelako (Ehrenreich eta English, 2019; García eta Pérez, 2018). Zehazki, indarkeria obstetrikoren definizioa honakoa da:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007: 350)

Indarkeria hau genero biolentzia mota bat da eta aurre egiteko legez aitortzea beharrezkoa da (Bellón, 2015). Gaur egun, espainiar Estatuko zenbait legedi autonomikoetan erreferentziaren bat badagoen arren, Estatuan ez dago indarkeria obstetrikoren legezko

aitorpenik (García, 2018). Honi aurre egiteko mugimendu feministak sustatutako erditze humanizatua deituriko joera agertu da, zeinak fokua emakumezkoengan jartzea, erabakiak hark hartzea eta beharrezkoak ez diren interbentzioak ez egitea bilatzen duen. Osasunaren Munduko Erakundeak (OME) bide horretan aurrera egiteko zenbait gomendio eta debeku ezarri ditu, hala nola, zesarea erditzeen %10ean baino ez egitea (Arnau *et al.*, 2018). 2012. urtean espainiar Estatuan zifra hori %25,3koa zen, EAeko %15,1ekoa zen bitartean (Recio, 2015).

Estatu mailan inkestaren bidez indarkeria obstetrikoren presentzia neurtu duen ikerketa baten arabera, emakumeen %34,3ak haurdunaldian, erditzean edota erdiondoan biolentzia obstetrikoa jasan duela antzeman du (Iglesias *et al.*, 2019). Ezaugarri berdinetako beste ikerketa batean emakumeen %38a baino gehiago izan dira hori identifikatu dutenak (Mena-Tudela *et al.*, 2020). Azken honetan autonomia erkidego bakoitzeko zifrak ere aurkezten dira eta EAEn indarkeria mota hau jasan dutenak %36,3a izan dira, ehuneko baxuenetarikoak dituzten erkidegoen artean kokatuz. Aipatutako bi txostenetan azaltzen denaren arabera, inkestatuetako askok (herena eta %49a bitartean) beraien jarrerari buruzko kritikak, infantilizazioak eta beharrezkoak ez diren jarduera medikoak jaso dituzte, ezin izan dituzte dudak argitu edota osasuneko profesionalek ez diete jarduera medikoetarako baimen informaturik eskatu. Hala, gaiari buruzko literaturari jarraiki, biolentzia obstetrikoa erditze ugaritan presente dago eta, horrenbestez, honi aurre egiteko neurriak hartzeko beharra agerikoa da.

3. DISEINU METODOLOGIKOA

Ikerketaren helburu orokorra honakoa da: azken bost urteetan EAeko ospitale publikoetan erditu diren emakumeek erditzeari buruz dituzten bizipenak eta diskurtsoak aztertzea, baita horien aldakortasuna azaldu dezaketen faktoreak ikertzea ere.

Helburu orokor hau betetze aldera zenbait helburu espezifiko ezarri dira. Lehenik eta behin, emakumeek haurdunaldi, erditze eta erdiondotik (aurrerantzean, HEE) kanpo osasun sistema publikoarekin izan duten harremana ezagutu nahi izan da, erditzearen esperientzia horrekin harremanetan dagoela ulertzen delako.

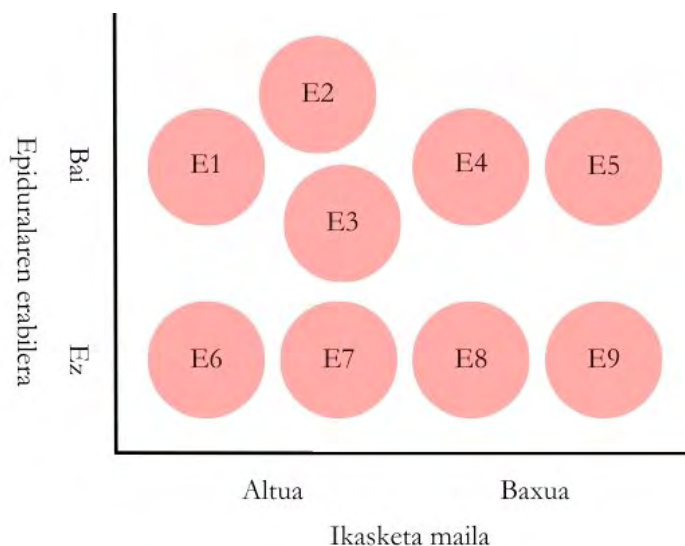
Bigarren helburu espezifiko ikasketa mailaren eragina emakumeen erditzeari buruzko diskurtsoak biomedikuntzarenera duen hurbiltasunean aztertzea da, baita osasuneko profesionalekiko harremanean ere. Izan ere, beste ikerketetan diru sarreren eta ikasketa mailaren arabera osasun sistemekin eta zehazki erditzeko minarekin duten erlazioa aldatu egiten dela ikusi da (García *et al.*, 2019; Bedoya eta Agudelo, 2019). Horrez gain, ikasketa mailak diskurtso legitimoekiko gertutasunean ere eragiten du, zilegitzat markatutako kultura ondasunak eskuratzeko joera handiagoa edo txikiagoa dakarrelarik (Martín eta Moreno, 2005).

Hirugarren helburu espezifikotzat hartu da analgesia epidurala erabiltzearen edo ez erabiltzearen arabera erditzearen bizipena orokorrean eta erditzeko mina zehazki nola aldatzen diren ikertzea. Izan ere, epiduralaren erabilera edo erabilera eza erditzeko minaren pertzepzioarekin harremanetan dago (Biedma *et al.*, 2010), mina lausotzearen edo mantentzearen erabakian aztertu nahi izan diren hainbat elementu gurutzatzen direlarik.

Ikerketa honetan metodologia kualitatiboa baliatu da. Parte-hartzaileak EAeko ospitale publikoetan kontaktazioa egin baino gehienez bost urte lehenago erditu diren emakume zisgeneroak izan dira. Zailtasun handirik gabeko eta ebakuntza kirurgikorik egin gabeko erditze naturalak zein induzituak barne hartu dira. Parte-hartzaileak 23 eta 39 urte bitarteko adinarekin erditu ziren; erditze bakarra eta bi erditze izan dituzte; eta Covid-19aren pandemia aurretik zein pandemia garaian erditu ziren. Guztira bederatzik elkarriketa sakon egin ziren 2022ko martxoan zehar, egokia den gutxieneko irizpidearen arabera. Elkarriketetako gidoian gaiak planteatu ziren eta elkarriketetan modu irekian jarraitu. Elkarriketak grabatu eta hitzez hitz transkribatu ziren.

Aipatutako helburu espezifikoei jarraiki, ikasketa maila eta analgesia epiduralaren erabilera izan dira diseinu teknikoak ardaztu duten dimentsioak. Ikasketa mailari dagokionez, maila altutzat hartu da bukatutako azken ikasketak goi mailakoak izatea (Goi Mailako Lanbide Heziketa, Unibertsitatea edo maila altuagoak) eta ikasketa maila baxutzat, bukatutako azken ikasketak bigarren mailakoak edo maila baxuagokoak izatea (Erdi Mailako Lanbide Heziketa, Batxilergoa edo maila baxuagoak). Analgesia epiduralaren erabileraren kasuan, erditzean epidurala erabili dutenak eta hau erabili ez dutenak ezberdinu dira. Ez dago parte-hartzailerik epidurala eskatu eta honek eraginik izan ez duena.

1. irudia. Elkarriketetako parte-hartzaileen profilak



Iturria: lanketa propioa.

4. EMAITZAK

Elkarrizketen analisitik bi diskurtso nagusi bereizi dira erditzean analgesia epiduralaren erabilerak markatuta. Lehenengo diskurtsoa erditzean epidurala erabili duten emakumeen artean agertzen da. *Diskurtso legitimoa* izena jarri zaio, biomedikuntzaren diskurtsoarekin bat egiten duelako oro har, gizarte legitimitatea izanik. Bigarren diskurtsoa erditzean epiduralik erabili ez duten emakumeen artean agertzen da. Honi *diskurtso alternatibo*a deitu zaio, biomedikuntzaren diskurtso legitimoaren aurka joateagatik karakterizatzen delako. Jarraian diskurtso bakoitzaren berezitasunak aztertuko dira gaiaz gai.

4.1. Osasun sistemarekiko harremana HEE-tik kanpo eta haurdunaldian

Lehenengo helburu espezifikoari jarraiki, HEE-tik kanpo osasun sistema publikoan jasotako tratua inguruan diskurtso bateratua dago elkarrizketatuen artean, despertsonalizazio handia dagoelarik eta zenbaki bat bezala sentitzen direlarik. Izan ere, aipatzen dute ez zaiola pazienteari aktiboki entzuten eta ez dela hark sentitzen duenean sakontzen, baidarik eta azaleko arreta dela. Hau HEE-aren artatzean ere ikusten da, haurdunaldiko saioetan profesionalak asko aldatzen direlako eta, beraz, ezin delako haiekiko harreman estua sortu. Covid-19aren pandemia garaian are nabarmenagoa da hau, kontsulta mediko gehienak telefono bidezkoak baitira.

Hala ere, diskurtso legitimoaren kasuan, medikuarenera joatean orokorrean eroso sentitu dira eta ez daukate jasotako tratuarekiko kezarik. Bestalde, kontsulta medikoan identifikatzen diren aipatutako gabeziak profesionalen izaerari atxikitzen zaizkio. Horrez gain, gutukoa ez den tratu horren jatorria profesionalak lanean jasaten duten estresa dela esaten da eta horregatik haien jarrera justifikatu egiten da, onartu beharreko eta aldatu ezin den errealitatetzat hartuz.

Por lo general no he tenido ninguna mala experiencia ni nada raro como para destacar. (E3, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

Sí que noto quién es de toda la vida y quién te trata como a uno más. En general, diría que los médicos estudian por vocación o motivación por ayudar y, al final, con tanto estrés, se pierde. Pero bueno, supongo que no habrá forma de personalizar cada atención médica. (E4, ikasketa maila baxua, epiduralarekin erditu)

Diskurtso alternatiboaren kasuan osasun sisteman izandako esperientzia negatiboagoa da orokorrean eta osasuneko profesionalen aldetik tratu paternalista jasotzen dela adierazten da, hau da, osasun arazoengatik inguruko ezagutzarik ez balute bezala tratatuak izaten dira. Gainera, hau emakumezkoekin bereziki gehiago gertatzen dela kontsideratzen da, askotan emakumezkoen sintomak histeriarekin lotzen direlarik. Aurrekoan ez bezala, diskurtso honetan medikuarenera joatean sentitzen den deserosotasunaren erantzukizuna

egituran jartzen da, profesionalen jarrera baino horren jatorria osasungintzaren funtzionamendua bera delarik. Halaber, pazienteen ongizatea bermatzeko aldatu behar den errealitatetzat hartzen da.

Con algunos médicos puntuales sí me he sentido súper bien tratada, pero con la inmensa mayoría de médicos y enfermeras me he sentido mal tratada, desde pequeña. Tengo prejuicios, soy suficientemente cabal como para que no me afecte, pero sí que tengo cierto prejuicio con ellos, porque en general tienen un sistema muy paternalista y tienden a tratarte como si fueses tonta y no supieses lo que te pasa, y cuando eres pequeña más. (E9, ikasketa maila baxua, epiduralik gabe erditu)

No hay una escucha activa de lo que le pasa a la persona, no hay un respeto por lo que le estás diciendo y siempre son dolencias o malestares propias de las mujeres, porque estás muy cansada... de las mujeres como estereotipo: vosotras os quejáis más. (E7, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

4.2. HEE-ari buruzko ezagutza iturriak

Atal honetan eta hurrengoetan hirugarren helburu espezifikoari lotutako emaitzak aurkeztuko dira, hau da, analgesia epidurala erabiltzearen edo ez erabiltzearen arabera erditzearen bizipena orokorrean eta erditzeko mina zehazki nola aldatzen diren identifikatze aldera.

Bereizitako bi diskurtsoek bat egiten dute HEE prozesuan zehar gerta daitekeenari buruzko informazioa edukitzeari garrantzia handia ematean. Ildo horretan, elkarriketa-tuei erditzeko prestakuntza klaseak erabilgarritzat hartzen dira. Horietan erdiondoari buruzko informazio eskasa ematen dela salatzen da, informazio faltak prozesu hori zailago egiten duelarik. Aurretik beste haurdunaldi bat izan dutenen kasuan, jadanik egin den prestakuntza prozesuak eta batez ere izandako esperientzia berak jokutzen dute hurrengo haurdunaldirako erreferente nagusi gisa.

Diskurtso legitimoaren kasuan HEE-ari buruzko zalantzak kudeatzeko baliabideak esparru medikoan bilatzen dira. Prozesuari buruz ager daitezkeen zalantzak argitzeko osasuneko profesionalak hartzen dira erreferente moduan eta, horregatik, aipatutako profesionalen aldaketak erreferentzia hori eraikitzea zailtzen du. Osakidetzan emandako erditzeko prestakuntza klaseak ere erreferentzia garrantzitsua dira. Pandemia garaiko haurdunaldi batzuetan klase hauek bertan behera geratu zirenean, emakumeek formakuntza hori bermatzeko beste bide batzuk bilatu zituzten, hori bai, esparru medikoaren baitan, hala nola, emaginen elkarte pribatuetan.

Nabarmentzekoa da parte-hartzaileek haurdunaldian kontrol medikorako saio gehiago behar direla kontsideratzen dutela, maizago izateko haurraren osasun-egoeraren berri. Are gehiago, osasun sistema publikoan sumatzen den gabezia horren aurrean ikasketa maila

altua dutenek osasun pribatura jotzen dute, behar izatekotan artatua izateko aukera edukitzeko eta saio kopuru bikoitza edukitzeko. Erdiondoan ere babes mediko handiagoa edukitzea eskatzen da haurraren osasun egoera neurtzeko, baina baita amari ere jarraipen sakonagoa egiteko.

Es verdad que son muy espaciadas y eso lo eché de menos. Que a la mínima duda que tengas, tengas que esperar dos semanas para hablar con la matrona, o si tienes demasiada angustia tengas que ir a urgencias, aunque sea por una tontería... (E5, ikasketa maila baxua, epiduralarekin erditu)

Si tengo otro embarazo seguiré con la sanidad privada, porque me parece que no es suficiente. Con un bebé creciendo dentro de ti, que te vea un ginecólogo tres o cuatro veces en 9 meses, cada vez uno diferente, que vayas a hacerte la prueba de las 20 semanas al hospital y que no te mire a la cara, no lo entiendo. (E3, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

Y eso que ha ido todo bien, pero pensé que si me vuelvo a quedar embarazada, además de hacer las citas que me correspondan por la sanidad pública, que siempre la he valorado y la valoro bien, voy a ir por un privado también. Esa fue mi experiencia. Para tener a alguien que me imagino que es más cercano, que me controle un poco más. (E1, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

Diskurtso alternatiboaren kasuan, haurdunaldia eta erdiondoa kudeatzeko babesa esparru medikotik at ere bilatzen da. Izan ere, amatasun alternatiboaren begirada integratzen duten zentroetan erditzeko prestakuntza klaseak eta hainbat formakuntza jasotzen dituzte. Espazio hauetan ezagutza ez da soilik espezialisten aldetik jasotzen, baizik eta haurdun dauden emakumeen artean ere elkarri babesa ematen diote, HEE-ak izaera kolektiboa hartuz. Hala, haurdunaldiko zalantzak argitzeko eta erditzeari hurbiltzeko osasuneko profesionalengana jotzeaz gain, informazioa modu independentean ere bilatu egiten da, osasun sistemarekiko independentzia handiagoa garatuz. Izan ere, diskurtso alternatiboa duten emakumeek sare sozialen bidez amatasun alternatiboaren arloko pertsonak jarraitzea eta liburuak irakurtzea informazioa eskuratzeko erabiltzen dituzten baliabideak dira.

Allí fue súper guay, cómo te tranquilizan, ves cómo compartes tu experiencia con otras personas, los embarazos tan diferentes que puede haber, nos daban mogollón de información. Entonces, yo iba a mi matrona de Osakidetza y decía: ¿pero esto qué es?. De hecho, le pedí el plan de parto de Osakidetza y: «¡te lo imprimes tú en casa!». Fatal, fatal. (E6, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

En sus clases, aparte de hacer yoga, se maneja mucha información y son muy empoderantes, por decirlo de alguna manera, se hace mucha tribu. Cuando acabas yoga para embarazadas hay un grupo de Whatsapp, donde estamos 210 madres, más o menos, muchas. Es un sostén de la pera, porque a cualquier hora del día en cualquier hora del año puedes escribir, preguntar, contar que me pasa esto, lo otro... (E9, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Beste diskurtsoan bezala, alternatiboan ere erdiondoa igarotzeko babes mediko handiagoa beharrezkoa dela esaten da, baina babes hori amatasun alternatiboko espazioetan ere bi-latzen da eta kideen esperientziak ezagutzea lagungarria egiten zaie. Gainera, instituzioek eta zentro medikoek HEE-an emakumeak elkarren artean lagundu daitezzen sareak era-tzeko erraztasunak eman beharko lituzketela uste da.

4.3. Erditzeko mina eta analgesia epidurala

Erditzean arreta jarritz, honen irudian ere bereizitako bi diskurtsoen araberrako ezberdin-tasunak antzeman daitezke. Diskurtso legitimoa duten elkarrizketatuen artean erditzearen irudia arriskuan eta minan oinarritzen da. Izan ere, haurrari gertatu dakiokeenari beldurra dago eta amarentzako min handiko momentu gisa ikusten da. Hala ere, erditu ostean nabarmen aldatzen da horren aurretik erditzeari buruz zeukatzen irudia, pentsatu-takoa baino prozesu naturalagoa delako.

Erditzean bizitako minari dagokionez, diskurtso legitimoan eutsi ezin daitekeen min gisa ikusten da. Gainera, epidurala bezalako mina lausotzeko metodoak erabiltzeko aukera egonda, ez zaio zentzua ikusten ekidin daitekeen sufrimendua mantentzeari. Epidurala erabiltzearen erabakia erditzearen momentuan erabakitzeko irekiak daude, baina mina jasan ezin izango duten pentsamendua badute eta nolabaiteko aurretiko disposizioa antzematen da.

Yo creo que tenía miedo a lo que me iba a pasar. Más como que me voy a someter a una operación de mucho riesgo y a ver qué me hacen. Pero salí en plan: «somos una fuerza de la naturaleza; esto que acabo de hacer yo es único y esto que hacemos las mujeres madres es único en la vida». Debería estar mucho más valorado o considerado o que la sociedad estuviera más informada de lo que conocemos, de lo que pasa y de lo que hacemos. Es súper animal. (E3, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

De todas formas, intenté no buscar información más allá de lo necesario. Evitaba toda información, por si fuera negativa. (E4, ikasketa maila baxua, epiduralarekin erditu)

Sí que fui allí y pedí la epidural, porque ya lo que me faltaba, seguir teniendo dolor, pudiendo evitarlo. (E1, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

Bestalde, diskurtso alternatiboan erditzearen irudia emakumezkoen erditzeko berezko gaitasunean eta bere buruarenganako konfiantzan oinarritzen da. Izan ere, gaur egungo osasun sisteman erditzean profesionalek duten esku-hartzea gehiegizkoa dela kontside-ratzen da eta etxean erditzearen aldeko defentsa egiten da. Parte-hartzaileek etxean erditzeko asmoa izan dute, baina arrazoi ezberdinengatik ezin izan dute eta, orduan, ospita-lean erditzean haien desioak errespetatzea bermatzeko erditze plana baliatzen da. Kasu batzuetan erditze humanizatuaren bidean protokolo espezifikokoak dituzten ospitaletara jo-tzen dute erditzeko, Mendaroko ospitalea bezalako.

Ojalá sea así y pueda hacerlo yo sola. La gente me dice: «¡estás loca!» y digo: es que no sabéis lo que siento, no os hacéis una idea. También nos meten muchísimo miedo. No te enseñan a confiar en tu cuerpo, es como: «¿y si das a luz en casa y pasa algo y no hay médicos?». Es que a mí no se me acercó un médico en todo el parto, ¡no hacen falta! (E6, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Sabía cómo quería que naciese: sin epidural y un parto lo más natural posible dentro de la sanidad pública. Quería tenerlo en casa, pero no pudo ser, porque estaban todas ocupadas. Tuvo que ser en el hospital más respetuoso que encontramos. Fue en Mendaro. (E8, ikasketa maila baxua, epiduralik gabe erditu)

Por eso decidí Mendaro, un hospital pequeño que correspondía a un territorio muy concreto, que, por supuesto, respetan tiempos. Hay unas salas para dilatar. Ahí puedes dar a luz en bañera, tienen bastantes artilugios, pelotas, cintas, puedes llevar música... Bueno, en otros espacios también, en Cruces y en Basurto, imagino que también. Pero todas esas cosas en conjunto con la buena atención que tienen allí y sobre todo el protocolo era lo que me inspiró para ir allí. (E7, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Minaren bizipenari dagokionez, honek erditzea laguntzen duela ulertzen da eta mingarria den arren, eramangarria dela ere esaten da. Izan ere, hasieran oso gogor sentitzen diren kontrakzioek beraiek bultzatzea eta haurra ateratzea laguntzen dute. Horrez gain, epiduralak gorputza lokartzen duen heinean, profesionalekiko mendekotasunari bidea irekitzen diola kontsideratzen da eta, ondorioz, epidurala ez erabiltzeak erditzea gidatzea ahalbidetzen du. Horrez gain, erditzean mina kudeatzeko medikamenduetatik aparteko baliabideak ere baliatzen dira, hala nola, ibiltzea edo beste pertsona batek bizkar apalean presioa egitea. Bestalde, epidurala erabiltzean sufrimendu gehiago dagoela ikusten da, bai erditzean zehar bai ondorengo errekupeazioan.

Yo no he sentido tanta energía jamás. A mí se me pasó volando y me dijo mi pareja que estuvimos 45 minutos en el expulsivo. O sea, no fue corto, en plan, empujo tres veces y sale. Pero yo lo recuerdo con cero dolor, cero; mogollón de energía, en plan, quiero que venga otra contracción para ayudarlo a salir. (E6, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Y ya vino y es diferente, porque mi doula, aparte de que su presencia me tranquiliza, tenemos mucha afinidad y eso es muy importante para mí. En las contracciones me suelen doler los riñones y me aprieta con las manos, que es una herramienta conocida en los partos y lo hacen las matronas también, pero nadie me lo hace como ella. Aprieta súper fuerte, lo contiene súper bien y me duele mucho menos la contracción. (E9, ikasketa maila baxua, epiduralik gabe erditu)

4.4. Osasuneko profesionalekiko harremana

Ospitaletan erditzean erabiltzen den teknologiarekiko eta egiten diren interbentzioekiko jarrerari dagokienez, diskurtso legitimoan horien presentzia onartzen da amaren eta hau-

rraren ongizatea bermatzeko tresnatzat hartzen direlako. Hala ere, erditzea ahalik eta naturalen izatea nahi dute eta aparailu teknologikoekiko eta profesionalen zenbait interbentzioekiko deserosotasuna adierazten da, baina arestian aipatutako arriskuaren diskurtsoarekin justifikatzen da, profesionalak direlako ezagutza dutenak. Izan ere, diskurtso legitimoa duten emakumeek erditzearen aurretik dituzten espektatibak profesionalenganako konfiantzan oinarritzen dira, haiek ziurtatu dezaketelako euren eta haurraren ongizatea.

Esandakoaren harira, diskurtso legitimoan profesionalakiko harremana konfiantzan oinarritzen da. Horrek batzuetan emakumeak erditzean zaurgarri sentitzea eragiten du, erditzearen gaineko kontrolik ez daukatela sentitzen dutelako. Bestalde, azpimarratzekoa da haien erditze prozesuaren jabe eta protagonista sentitu direla adierazten dutela.

Como tú no sabes nada, te tienes que fiar de ellos y de su criterio. Al final, te dejas llevar y te sientes un poco vulnerable. Si me llegan a decir que se llevan a la niña, ya no sé. Si es porque le pasa algo, ¿pues qué vas a hacer? De todas maneras, estaba tan derrotada, que fue como: «vale». (E1, goi mailako ikasketak, epiduralarekin erditu)

Yo no sé si es por ser auxiliar, quiero dejar mi confianza en los que están tratándome. Un plan de parto no me hizo falta, porque yo quería: «¿quieres que te rompamos la bolsa?», ¿creéis que me tenéis que romper la bolsa? Rompérmela; que me tengo que poner a cuatro patas, lo que vosotras penséis. Quedo en manos de ellas teniendo yo mis decisiones: «ponte de pie», no puedo estar de pie. Pero siempre teniendo la confianza en las matronas. Mi experiencia siempre ha sido muy buena, son ellas las que saben. (E5, ikasketa maila baxua, epiduralarekin erditu)

Cuando llevábamos dos horas y media, de repente entraron dos chicas que eran ginecólogas con una cortinilla y un carrito. Es verdad que a mí no me informaron exactamente de lo que iban a hacer [...], no es que no me avisaron, yo creo que mi marido estaba al tanto. Yo estaba como: ¿qué es esto?. A mí no me quisieron contar: «parece que hay un problema con la niña y tenemos que ayudarla a salir, ¿vale?». No me lo tomé como una intervención. En ese momento ya llevaba mucho tiempo empujando, la niña llevaba tiempo intentando salir y por su seguridad tenía que salir. Es lo que yo entendí. (E3, ikasketa maila altua, epiduralarekin erditu)

Bestalde, diskurtso alternatiboa duten emakumeek profesionalakiko nolabaiteko mesfidantza aurkezten dute. Arestian esan bezala, erditzeko momentuan beraiek behar dutena dakitela eta profesionalak gehiegizko esku-hartzea dutela kontsideratzen dute. Beraz, erditzeetan erabiltzen ohi diren zenbait praktiken (zain barneko bidea, erditzea induzitzea, poltsa apurtzea...) eraginkortasuna zalantzan jartzen da, erditzea baino lehen horri informazioa jaso baita. Hala, diskurtso alternatiboan pentsamendu kritikoa garatzen da eta profesionalak proposatzen dutena ez da zertan egokiena izan behar.

A mí me habían dicho que si podía evitar Cruces por todas las formas posibles, que no fuera ahí. Porque había un trato bastante feo por parte del equipo médico. Que no te

nían en cuenta, vamos, no te tenían en cuenta para nada. Que había tiempos súper cortos. Entonces te producían el parto, haciendo además prácticas forzadas, de romper la bolsa. No sé, estas cosas para: «venga, pin pan, tenemos tiempos, hay tantas mujeres en espera, tienen que ir una tras de otra». Todo eso me generaba angustia y me veía ahí, en vez de ellas respetar mis tiempos, yo cumpliendo los tiempos del hospital, las demandas del hospital. Me parecía terrible. (E7, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Con la primera hubo bastantes dificultades en la lactancia y con este ninguna. No sé si tuvo que ver el tipo de parto, la oxitocina, la epidural... Ella, al final, tuvo un poco parto provocado, no fue respetado el tiempo. Este no, no tuve puntos, ni episiotomías, ni nada. Pero esas son mis teorías. (E9, ikasketa maila baxua, epiduralik gabe erditu)

Erditu aurretik honekiko espektatiba nagusiak praktika inbaditzailek ez gertatzea eta haien desioak errespetatzea dira. Haientzat nahi horiek errespetatuak izateko bermea erditze plana da, izan ere, honi garrantzia handia ematen zaio. Horrez gain, aipatzekoa da emakume hauek euren burua erditzeari begira indartsu ikusten dutela, informazioa daukatelako eta horrek haien nahiak errespetatuak izateko balio die.

Diskurtso alternatiboan ere profesionalekiko harremana ez da diskurtso legitimoan bezain asimetrikotzat antzematen. Aipatu den moduan, harreman horretan mesfidantza dago, osasun sistemak praktika inbaditzaileak gauzatzeko duen joeraren ondorioz. Praktika horiei aurre egiteko erditzean jarrera aktiboa izateari garrantzia ematen diote emakumeek. Hala, erditzeari buruzko narrazioan lehenengo plano batean euren gorputza egongo litzateke eta emaginak bigarren plano batean.

Me decían: «estás de cinco o seis centímetros». Pero yo ya me oía los gritos, notaba que eran muy naturales, notaba de dónde venía la sensación de la contracción y decía: di lo que tú quieras, pero esto está ya, en cualquier momento. (E9, bigarren mailako ikasketak edo gutxiago, epiduralik gabe erditu)

Bajó una chica con una silla de ruedas, una enfermera, y me dijo: «siéntate». Y yo: no, no, no, quiero estar de pie, quiero andar, quiero ir andando. No sé, tenía en la cabeza de no estar pasiva, estar todo el rato activa, tener consciencia de lo que va pasando. Yo supongo que, a pesar de saber que en Mendaro me iban a cuidar y a tratar bien, seguía con esta película o este miedo de pensar que me iban a intervenir: te ponemos esto, te ponemos aquí, te tumbamos... Entonces, yo era como: no, no, quiero estar de pie, yo quiero decir qué hacer en todo momento. (E7, ikasketa maila altua, epiduralik gabe erditu)

Nabarmendu beharra dago diskurtso alternatiboan profesionalekin zenbait praktiken inguruan ematen diren eztabaidak puntualak direla. Orokorrean, ordea, emakume hauek profesionalekiko eta batez ere emaginekiko harremana ona izan dela adierazi dute. Emaginak enpatikoak direla eta tratu oso atsegina ematen dutela aipatzen da eta haien nahiak errespetatzeagatik esker oneko sentitzen dira. Hala, elkarrizketetan diskurtso alternati-

boak erditzearen artatzeari egiturazko kritika egiten dio, fokua osasun sistemaren funtzionamenduan jarritz. Biolentzia obstetrikoa aipatu egiten da eta erditzean emakumeak modu paternalista batean artatuak direla ikusten da. Hala ere, profesionalen borondatearen bidez egituratik datorren tradizio horri aurre egin dakiokela uste da.

Creo que hay que enfocarlo y tratarlo de otra manera y hay que darle otro papel a las mujeres. Se tiende mucho a patologizar y todavía hay muchos 'ginesaurios', que les dicen, gente que no está suficientemente actualizada, que va de que lo sabe todo y no. Eso puede desembocar en que una mujer que tenga un parto bien o que tenga uno traumático y tener un trauma de por vida. (E9, ikasketa maila baxua, epiduralik gabe erditu)

5. EZTABAIDA

Epiduralaren erabileraren arabera osasun sistemarekiko harreman ezberdinak daude. Gizartean diskurtso biomedikoa presente dago eta emakumeek osasun sistemarekiko dependentzia dute osasuna zein esparru medikoaren baitan kokatzen den erditzea kudeatzeko. Baina diskurtso biomedikoaren aurrean erresistentzia aurkezten duten emakumeak ere badaude, euren erditzea esparru medikotik at artatzearen aldeko defentsa egiten dutenak eta horretara hurbiltzeko ospitalean erditzerakoan erresistentzia jartzen dutenak. Osasun sistemarekiko dependentzia eta profesionalekiko harremanaren asimetria murrizteko zenbait baliabide erabiltzen dituzte, adibidez, erditzeko minari lausotzeko esparru medikotik aparteko espazio informaletan ikasitako errekurtsuak baliatzea.

Hala, epidurala erabiltzearen edo ez erabiltzearen erabakia erditzearen medikalizazioarekiko jarrerak baldintzatzen du, hau da, erditzea logika biomedikoen arabera egitearen onarpen mailak. Beraz, epiduralaren erabilera harreman horren isla da. Epiduralaren erabilera orokortua den heinean, gizartearen gehiengoak dependentzia hori daukala esan daiteke.

Erditzea esparru medikoaren baitan artatzen denetik honen kontrola osasun sistemak daukala ikusten da elkarrizketetan, haurdunaldian zehar honi buruzko informazioa eskuratzeko eta zalantzak argitzeko esparru medikora jotzen baita. Haurdunaldian eta erditzeari begira informazio falta sumatzen da, beraz, horren inguruko ezagutza kulturalik ez dagoela ikus daiteke. Ivan Illichen (2020) teorizazioa ekarriz, gaixotasuna eta osasuna kulturalki kudeatzeko baliabide kolektiboak galdu dira. Izan ere, HEE-an dauden emakumeak euren buruaren medikalizatzaile dira, haurdunaldian kontrol mediko gehiagoren beharra ikusten dutelako eta horrek osasun sistemarekiko dependentzia islatzen du (Padilla, 2019).

Hala ere, diskurtso biomedikoa guztiz integratu ez duten emakumeak ere badaude, HEE-a kudeatzeko informazioa osasun sistematik independenteki eskuratzen dutelarik, esaterako, haien kabuz irakurriz, beste emakume haurdunekin esperientziak partekatuz. Horrela, erditze humanizatuaren ildoan irizpide propioa garatzen dute eta hortik ikasitakoa erditzeko baliagarria egiten zaie.

Erditzearen medikalizazioarekin batera, emakume haurdunari Parsonsek (1952) definitutako gaixoaren rola aplikatzen zaio, esangura patologikoa emanez eta erditu ahal izateko ezagutza espezialistek daukatenez haien beharra izanik. Hernándezek eta Echevarriak (2014) esaten duten moduan, erditzearen medikalizazioa arriskuaren diskurtsoaren bidez legitimatu egiten da, amaren zein haurraren ongizatea bermatzeko espezialisten esku hartzea beharrezkotzat hartzen delako. Diskurtso biomedikoaren kontrako jarrera duten emakumeek erditzeko berezko gaitasuna dutela aitortzen dute eta, ondorioz, medikuen esku hartzea ez da beharrezkoa ikusten, naturak lan hori egingo duelako berez.

Era berean, diskurtso biomedikoak erditzeko mina jasanezin irudikatzea eragin du, mina lausotzeko espezialisten beharra dagoelarik, haiek analgesia epidurala eman dezaketelako. Biomedikuntzarekiko diskurtso alternatiboa duten emakumeek beraien burua mina jasateko gai ikusten dute. Hots, epidurala jartzen dutenek ez dute beraien burua mina jasateko gai ikusten eta erditzean epidurala erabili beharko dutela uste dute. Kontrara, epidurala erabili ez duten emakumeek uste dute gai izango direla. Hala, epidurala jartzea erditzearen momentuan erabakitzen den arren, badago aurretiko nolabaiteko disposizioa.

Analgesia erabiltzearen edo ez erabiltzearen erabakiaz gain, esperientziak berak ere erditzean eta zehazki minaren bizipenean eragina du. Pentsa daitekeenaren kontrara, epidurala baliatzen duten emakumeek minaren pertzepzio negatiboagoa dute, minaren beldur direlako. Mina lausotzeko metodo farmakologikorik erabiltzen ez duten emakumeek, ordea, erditze osoa minarekin pasatzen duten arren, pertzepzio positiboagoa daukate; izan ere, mingarria dela esaten duten arren, min hori jasateko beraien burua gai ikusten dute. Ondorioz, esan daiteke erditzeko minaren trataera medikoak sufrimendu gehiago eragiten duela. Izan ere, Zolak (1981) esaten duenaren arabera, osasunaren etengabeko bilaketak sufrimendu handiagoa eragiten du.

Bestalde, erditzean teknologiaren presentziak eta profesionalen interbentzioek diskurtso biomedikoarekin bat egiten duten emakumeengan deserosotasuna eragiten dute. Teknologiaren kasuan, medikuek baino ezin dezakete interpretatu eta horrek erditzearen gaineko kontrol faltaren sententzia eragiten du. Interbentzioen kasuan, profesionaletan konfiantza jartzen da, baina horrek zaurgarritasun sententzia eragiten die ere bai, erabakiak hartzerik ez dutelakoan. Hala, produktibismoaren mesedetan erabiltzen diren aipatutako elementuek deserosotasuna sortzen dute.

Kasu honetan ere erditze humanizatuaren aldeko apustua egiten duten emakumeek zailtasunik gabeko erditzeetarako teknologia eta interbentzio medikoak saihestu behar direla defendatzen dute, emakumezkoen gorputzak laguntza horien bidez erditzeko gai dela ulertzen delako. Izan ere, kasu gutxi batzuetan gerta daitezkeen zailtasunak prebenitzeko asmoz erditze guztietan deserosotasuna sortzen dela ikusten da. Hala, ahal duten neurrian, haien erditzeetan teknologiaren erabilera eta zenbait interbentzio ukatzen dituzte.

Biomedikuntzarekiko diskurtso alternatiboa duten emakume hauek osasuneko profesionalekiko mesfidantza aurkezten dute. Haiek gauzatu ditzaketen praktika inbaditzaileei aurre egin ahal izateko erditzean jarrera aktiboa hartzen dute eta boteretsu aurkezten dira, medikuen gomendioekiko independenteak diren erabakiak hartzen dituztelarik. Jarrera aktibo horren baitan epidurala ez erabiltzeak funtsezko papera jokatzen du, izan ere, sentibilizazio ezak profesionalekiko dependentzia eragiten duela pentsatzen dutelako. Horrela, pazientearen eta espezialistaren arteko asimetria apurtu egiten da, erditzen ari diren emakumeek beraiek ere ezagutza dutela aldarrikatuz. Izan ere, erditzearen inguruko informazioa edukitzea hartzen da nork bere burua errespetarazteko baliabide nagusitzat.

Hala eta guztiz ere, horrek ez du esan nahi erditze biomedikoari aurre egiten dioten emakumeen erditzearen esperientzia negatiboa denik, ezta profesionalekin duten harremana gatazkatsua denik ere. Tentsiozko momentu puntualak gertatzen diren arren, orokorrean emaginen tratua atsegina dela kontsideratzen dute eta haien aldetik jasotako arreta eskertu egiten dute. Hala, profesionalei egiten zaien kritika ez zaie pertsona gisara egiten, baizik eta erditzea logika biomedikoetan artatzen duen osasun sistemaren eragile gisara.

Ildo horretan, osasungintzak arreta emateko duen deskribatutako modu hegemonikoak HEE-an dauden emakumeekiko indarkeria obstetrikoa sistematikoki sortzen duela salatzen dute elkarrizketatu hauek. Hala, Ehnrenreichek eta Englishek (2019) azaltzen duten moduan, emakumezkoa subjektu subalternoa da osasun sistemaren baitan. Beraz, erditzen diren emakumezkoek egiturazko diskriminazioa jasaten dute bi asimetria punturen konbergentziaren ondorioz: alde batetik, osasuneko profesionalekiko hierarkian pazienteak direlako eta, bestetik, egitura patriarkalaren baitan emakumezkoak direlako.

6. ONDORIOAK

Erditzearen bizipenean mina sentitzearen edo metodo farmakologikoen bidez hau eza-batu nahiaren inguruko eztabaidak garrantzia handia duela ikusi da ikerketa kualitatibo honetan. Izan ere, analgesia epiduralaren erabilerak erditzearen bizipena baldintzatzen du eta horren arabera bi diskurtso bereizten dira, gehien bat osasuneko profesionalekiko gertutasunean ezberdintzen direlarik. Erditzean analgesia epidurala erabiltzen duten emakumeek biomedikuntzak erditzearen inguruan duen begirada hegemonikoa partekatzen dute oro har, zenbait kontraesan eta deserosotasun agertzen diren arren. Epiduralik gabe erditzen diren emakumeek, aldiz, erditzearen begirada biomedikoaren kontra kokatzen dira eta honi aurre egiteko beharra adierazten dute, emakumezkoek erditzean tradizionalki izan duen kontrola berreskuratze aldera. Aipatzekoa da bi diskurtsoek aurkezten dituzten erditzeen bizipenetan medikalizazioa antzeman ahal izan dela, teknologiaren presentziak eta prozesuaren estandarizazioak eragiten dituen tentsioak azaleratuz. Bestalde, ikerketan ikasketa mailaren eragina ere aztertu nahi izan da bigarren helburu es-

pezifikoa bitartez, baina ez da erditzearen bizipenean ezberdintasunik antzeman, hurrengo ikerketa bat honetan zentratu litekeelarik.

Ospitaleetan erditzerakoan indarkeria obstetrikoa modu sistematikoan jarduteko joera dago, erditze naturalarekin bat egiten ez duten eta inbaditzailatzat jasotzen diren praktika medikoak protokoloetan ezarrita daudelako. Biomedikuntzan gailentzen den erditzearen arriskuaren diskurtsonean osasuneko profesionalak amaren eta haurraren ongizatea bermatu dezaketen bakarrak dira eta ohikoena asimetria hori onartzea da. Diskurtso hegemonikoa onartzen ez dutenek pentsamendu kritikoa garatzen dute, baina gehiegikeri gisa bizitzen diren praktikei erresistentzia aurkezten dieten emakumeentzat hori egitea ez da batere erreza izaten, gatazka suposatzen duelako. Hala, erditze humanizatuaren aldeko jarrera hartzeak erditzean profesionalekin tentsio momentuak bizitzea eragiten du.

Aipatzekoa da, hirugarren helburu espezifikoa ildoan, erditzearen bizipena ez duela analgesiaren erabilerak dakarren esperientziak berak baldintzatzen, baizik eta epidurala erabiltzearen edo ez erabiltzearen erabakia hainbat faktorek baldintzatzen dute eta horiek dira erditzearen bizipenean aldaketa nabariak eragiten dituztenak. Aipatutako faktoreen artean egon daitezke orokorrean osasun sistemarekiko harremana (lehenengo helburu espezifikoa harira ikusi den moduan), diskurtso hegemonikoekiko gertutasuna eta ikuspuntu feminista batetik emakumezko subjektuarekin identifikatzea.

Esandako guztiagatik, osasun sistemak egituraz eragiten duen biolentzia obstetrikoiari ikusgarritasuna emateko beharra agerikoa da. Izan ere, gehiegikeriak salatu eta joera honi aurre egin ahal izateko indarkeria obstetrikoren existentzia legalki aitortzea funtsezkoa da. Praktika eta jarrera zehatzez gainera, biolentzia hau praktika ugariaren sare konplexua den erditzea artatzeko paradigma berak eragiten duela ulertu beharra dago eta osasuneko profesionaletan honen inguruko kontzientzia sortu. Hala, emakumeak beraien erditzeetan protagonistak izan daitezten eta emakumezkoek berezko gaitasuna duten prozesu naturala eta fisiologikoa dela ulertarazteko bidea egitea ezinbestekoa da.

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

Argüello-Avenidaño, H. E. eta Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Revista LuminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, bol. XII, zbk. 2, orr. 13-29.

Arnau, J., Martínez, M. E., Nicolás, M. D., Bas, E., Morales, R. eta Álvarez, L. (2018). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, bol. 7, zbk. 2, orr. 225-247.

- Bedoya, Libia Amparo eta Agudelo, Andrés A. (2019). Relación de las mujeres en embarazo, parto y posparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, bol. 18, zbk. 36, orr. 1-21, doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rmep>.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, zbk. 18, orr. 93-111.
- Biedma, L., García, J. M. eta Serrano, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: «la buena sufridora». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, bol. 17, zbk. 1, orr. 3-15.
- Ehrenreich, B. eta English, D. (2019). *Sorginak, emaginak eta erizainak. Emakumezko sendalarien historia bat*. Pamplona: Katakarak.
- Federici, S. (2020). *Calibán y la bruja. Mujer, cuerpo y acumulación originaria*. Madril: Traficantes de sueños.
- Foucault, M. (1953). *El nacimiento de la clínica*. Mexico, D.F.: Siglo XXI editores.
- García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Doktore tesia. Madril: Universidad Autónoma de Madrid.
- García, M. I., Biedma, L. eta Serrano, R. (2019). *Maternidad, dolor y sistema sanitario: un análisis del discurso de las mujeres andaluzas*. Madril: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, S. eta Pérez, E. (2018). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madril: Catarata.
- García-de-Diego, J. M. eta Serrano del Rosal, R. (2019). Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, bol. 33, zbk. 5, orr. 427-433.
- Hernández, J. M. eta Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, bol. LXIX, zbk. 2., orr. 327-348. doi: [10.3989/rdtp.2014.02.004](https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004).
- Iglesias, S.; Conde, M.; González, S.; Parada, M. E. (2019) ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4 bol., 1 zbk., orr. 77-97, doi: [10.1344/musas2019.vol4.num1.5](https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5).

Illich, I. (2020). *Némesis médica, la expropiación de la salud (y otros escritos)*. Bartzelona: Irrecuperables.

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Caracas, 19 de marzo de 2007 (*Gaceta Oficial*, 38.647, 19-03-2007, orr. 336-389). <https://gacetaoficial.org/2007-03-19-gaceta-oficial-venezuela-38647>.

Martín Criado, E. eta Moreno Pestaña, J. L. (2005). *Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud.

Mena-Tudela, D.; Iglesias-Casás, S.; González-Chordá, V. M.; Cervera-Gasch, A.; Andreu-Pejó, L. eta Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, bol. 17, 7726; doi:10.3390/ijerph17217726.

Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E. M., Alejandre, G., Carmona, J. *et al.* (2011). Medicalización de la vida. *Rev Clín Med Fam*, bol. 4, zbk. 2, orr. 150-161.

Padilla, J. (2019). *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político*. Madril: Capitan Swing.

Parsons, T. (1952). *El sistema social*. Madril: Alianza editorial.

Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, zbk. 18, orr. 13-26.

Szasz, T. (1981). *La teología de la medicina*. Bartzelona: Tusquets editores.

Zola, I. K. (1981). El culto a la salud y la medicina inhabilitante. I. Illich-en, *Profesiones inhabilitantes* (orr. 37-60). Madril: H. Blume Ediciones.