

LA MUJER PARTURIENTA: CUERPO INVISIBLE PARA LA MIRADA BIOMÉDICA.

THE PARTURIENT WOMAN: INVISIBLE BODY FOR THE BIOMEDICAL LOOK

Leida C. Montero C.^{1,2}

ABSTRACT

The main objective of this research was to construct through the voices of the obstetric nurses who work in the delivery room of the hospital of Venezuelan Institute of Social Security Dr. Jose Maria Carabaño Tosta from Maracay city, Aragua state, through his professional experience in relation to delivery and birth care, an array of inductive and systematic analysis that allowed us from the subjective-constructed approach to the Reality of the care given to women in labor. We frame the theoretical view from feminism, for this we appropriate the category of gender as analytical methodology, following the path that marks qualitative research. We opted for the interview focused as a method of data collection. Information reached its representativeness through the Knowledge Saturation Point suggested by Bertox. The discourse analysis allowed to unveil the subjectivities constructed from the professional practice of nurses and to show that they consider childbirth/birth as an event that they must lead, which constitutes an expropriation of the body of the parturients and therefore of their reproductive processes, being evident the complete expropriation of their bodies and their reproductive processes, such as pregnancy, childbirth and birth, resulting in women's inability to fend for themselves, immersed in a state of submission that places them in a power-submission relationship as the only mode of access to hospital medical care.

KEY WORDS: woman in labor, reproductive processes, biomedical model.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo central construir a través de las voces de las enfermeras que laboran en la sala de partos del Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Dr. José María Carabaño Tosta ubicado en la ciudad de Maracay, Estado Aragua, por medio de su experiencia profesional en relación a la atención al parto y al nacimiento, una matriz de análisis inductiva y sistemática que nos permitiera desde lo subjetivo-construido aproximarnos a la realidad de la atención prestada a las mujeres en labor de parto. Enmarcamos la mirada teórica desde el feminismo, para ello nos apropiamos de la categoría de género como metodología analítica, siguiendo el camino que marca la investigación cualitativa. Se optó por la entrevista enfocada como método de recolección de la información, la cual alcanzó su representatividad a través del Punto de Saturación del Conocimiento sugerido por Bertox. El análisis de discurso permitió ir develando las subjetividades construidas desde la práctica profesional de las enfermeras evidenciar que las mismas consideran el parto/nacimiento como un suceso que ellas deben conducir, lo cual constituye una expropiación del cuerpo de las parturientas y por ende de sus procesos reproductivos quedando en evidencia la expropiación por completo de sus cuerpos y de sus procesos reproductivos como lo son el embarazo, parto y nacimiento, resultando en imposibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, sumidas en un estado de sometimiento que las coloca en una relación poder-sumisión como único modo de acceso a la atención médica hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: mujer parturienta, procesos reproductivos, modelo biomédico.

INTRODUCCIÓN

UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

Parir en el siglo XXI es el resultado del largo proceso de expropiación del cuerpo de las mujeres, por parte de una cultura y una ciencia androcéntrica, caracterizada por la hegemonía médica, consolidada cada vez más en la modernidad. Este proceso de expropiación del cuerpo femenino ha desvalorizado a las mujeres en muchos aspectos de su vida, fundamentalmente los vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, ocurrido a través de un devenir histórico que ha

Recibido: Septiembre/2017

Aprobado: Febrero/2018

¹Departamento. Clínico de Enfermería en Salud Reproductiva y Pediatría, Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros, Universidad de Carabobo. 2 Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: montero.leida@gmail.com

determinado el desarrollo de una ciencia característica de la cultura occidental, centrada en el razonamiento científico y la tecnología, lo cual determina a su vez que las instituciones sanitarias se manejen por la misma lógica hegemónica que transita la ciencia.

Al respecto Mary Luz Esteban nos comenta:

El desarrollo de la ciencia a lo largo de la historia no ha sido homogéneo, pues desde los tiempos de la Grecia antigua, hasta la actualidad han sucedido distintas formas de entender el quehacer de las funciones de lo científico. Así por ejemplo desde la edad media, se han supuesto cambios importantes puesto que a partir de ahí se dio una transformación de los planteamientos generales científicos, construyéndose nuevos paradigmas, que son los que se han mantenido vigentes hasta la actualidad.¹

Esta manera de mirar la ciencia coloca a los y las científicos/cas en una posición de prestigio social, donde la actividad científica se presenta y se acepta como lo racional y verdadero por definición, en función exclusivamente de la consecución de la "verdad", por ello es tan difícil abrir un debate crítico del quehacer médico principalmente cuando dicha crítica impacta la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En ese mismo orden de ideas Rigoberto Lanz desnuda el quehacer científico cuando lo describe como: *"el modo de producción de conocimiento dominante que impone su propio criterio de verdad, en un círculo que se retroalimenta sistemáticamente: Un patrón de verdad, conocimientos verdaderos, de nuevo el patrón de verdad y así sucesivamente"*², sigue comentando el autor que dicha ciencia está asociada a su vez a representaciones como *"...lo justo, lo bueno, lo verdadero, lo imparcial, lo universal y de esta manera el discurso científico tiene la mayor eficacia legitimadora de todos los saberes..."*². Dice Lanz que esto no es circunstancial ni inocente, al contrario, constituye uno de los elementos más característicos del modo de producción de poder.

Bajo esta mirada, no cabe duda que en nuestra cultura occidental el conocimiento científico referente al sector salud hace a quienes lo poseen expertas/os, dueñas/os de la verdad. Este conocimiento les instituye un poder incuestionable de los fenómenos y los procesos de la vida humana y en especial al discurso en torno a la salud de las mujeres. Esta óptica científico-cientificista las ha ubicado por su funcionamiento orgánico como un todo patológico, donde los procesos menstruales, sus gestaciones, el proceso de trabajo de parto y nacimiento y de menopausia, son a la luz de la ciencia vistos y tratados como hechos

patológicos, haciendo que las mujeres, en la mayoría de los casos, se sientan en condición de "eternas enfermas".

Esta visión de la salud de las mujeres como construcción socio histórica toma fuerza en la época del iluminismo donde el discurso médico manifestó supremo interés en las mujeres; lo cual impactó negativamente en ellas invalidándolas más que nunca, exacerbando la condición de portadoras de vida y convirtiéndolas en un cuerpo/objeto a quien debe cuidarse para garantizar la reproducción y a su vez rendirle culto como madre, lo cual tendió a limitar su libertad. Silvia Tubert nos refiere al respecto:

En el siglo XVIII, se discuten una serie de cuestiones cuyos alcances no son solo médicos sino también deontológicos como el parto provocado, el aborto provocado, el aborto terapéutico, la cesárea en vida de la madre... A fines del siglo XIX: el vientre de la mujer dejó de tener un carácter sagrado o temible, los médicos se hicieron sus amos... Surgió el deseo de ayudar a la mujer y asistir a la mujer que da a luz y al niño que llega al mundo. Los tratados de obstetricia ponen de manifiesto en algunas páginas que revelan la atracción y hasta la fascinación por estos procesos, los hombres en tanto médicos, accedieron a participar en un momento del que habían estado siempre excluidos. El problema en su creciente participación llegó a invertir los términos y a despojar a la mujer de su papel activo en la gestación: en la medida que ellos saben y controlan el proceso, la parte de la mujer se reduce a la de paciente.³

En esta línea de pensamiento, Adrienne Rich nos describe de manera muy clara esta expropiación de la cual fue objeto el cuerpo femenino por parte de la ciencia médica androcéntrica, especialmente en el momento del trabajo de parto y nacimiento:

No pudo inventarse una imagen más devastadora para ilustrar el cautiverio de la mujer: envuelta en sábanas, en posición supina, drogada, atada por las muñecas y con las piernas colocadas en estribos, en el preciso momento en que está trayendo la vida al mundo... colocando a la mujer físicamente a disposición del varón, restando posibilidades a su propio cuerpo.⁴

Marbella Camacaro comenta al respecto:

En las sociedades occidentales en un momento histórico determinado, el poder se

apropio del control de la reproducción y por ello, la atención médico obstétrica, transtoca los protagonismos, pasando de manos de la partera a manos de profesionales de la salud, y cambiando el escenario y la escena, púes se traslada el nacimiento del hogar a los hospitales, solo para poner en práctica una serie de intervenciones claramente innecesarias y ser considerados además, como el espacios que garantizan la seguridad para la madres y los y las recién nacidos/as, gracias a la indiscutible verdad de la ciencia y el saber médico.⁵

Los hombres necesitaban estar en el centro y controlar y manejar todo lo que ocurría a su alrededor; en consecuencia, los y las obstetras de hoy controlan el parto y podemos encontrar la situación extrema: el "manejo activo" del parto en donde "activo" significa que el médico o médica desarrolla un papel activo y la mujer en la labor de parto es pasiva, puesto que se encuentra totalmente despojada del control de su propio cuerpo y por ende del parto.

Fue así como los centros asistenciales empezaron a reemplazar a los hogares. Esta institucionalización de la maternidad exigió de las mujeres un mayor "instinto maternal" en vez de inteligencia, generosidad en lugar de autodeterminación y atención a las exigencias ajenas en lugar de las propias.

Es un modo de sometimiento para las mujeres, pues reclusando en los hospitales a las mujeres para el ejercicio de sus funciones de reproducción: embarazo, parto y el nacimiento, se les estaba colocando en una relación poder-sumisión como único modo de acceso a la atención médica hospitalaria.

Aquel momento íntimo y único en el cual se supone que las mujeres tiene el papel protagonista, paso a convertirse en objeto del conocimiento de la práctica médica exclusivamente. El parto dejó de ser una experiencia de la esfera familiar íntima, compartida por y entre mujeres, a ser un evento dominado por el sistema médico oficial que hegemoniza el control por el conocimiento del cuerpo humano. En este caso, el cuerpo femenino sus procesos fisiológicos y su capacidad reproductiva. Esta situación es vivenciada diariamente por las miles de mujeres que acuden a las salas de parto hospitalarias, donde la excesiva medicalización sobrepasa los sentidos.

En atención a las reflexiones esbozadas en los apartes anteriores, nos propusimos: construir de manera inductiva y sistemática una matriz de análisis que permita develar lo subjetivo-construido por las enfermeras a

través de su praxis hospitalaria sobre la atención proporcionada a la mujer en labor de parto. Con el firme propósito de confrontar el modelo asistencial de la obstetricia actual, siglo XXI. Confrontación que de alguna u otra manera nos permitirá repensar la ciudadanía femenina, la cual exige detenerse a considerar los papeles adoptados en las relaciones entre hombres y mujeres, las llamadas relaciones de género. Diferencias menos resultantes de la biología y más de la cultura y por ende construida a través de los siglos.

Desde esta perspectiva epistemológica estaremos más cerca de transformar la enfermería obstétrica y construirla sin limitaciones para que sea ejercida en igualdad de oportunidades. Se hace necesario, reformar los planteamientos teóricos contruidos simbólicamente en torno a un sistema androcéntrico en función de guiar la praxis hacia la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como derecho humano.

Disertar sobre esta mirada de la enfermería obstétrica, configura un llamado a la reflexión sobre la salud femenina, lo cual invita a cambiar la praxis y de esta manera cambiar la manera de ver y de apoyar a las mujeres en sus procesos reproductivos, teniendo como punto de partida el análisis de las influencias socio-históricas de este cuidado.

¿Desde donde Miramos?

La presente indagación fue emprendida desde el equipaje teórico feminista, como epistemología y teoría crítica inserta en la tradición de las teorías críticas de la sociedad. Para ello fue necesario apoyarnos en la perspectiva de género como categoría analítica. Apropiarse de este enfoque metodológico significa, según Ely Bartra:

El análisis meticuloso de cuanto conocimiento existe sobre el tema que se trabaje para descubrir los sesgos sexistas e intentar corregirlos. Significa ir desarticulando las diversas disciplinas por su marcado androcentrismo, en intentar la construcción de nuevas, no sexista no androcéntricas.⁶

Desarrollar el proceso investigativo con perspectiva de género, implica hacer un análisis de manera diferente de los que pudieran surgir desde otros abordajes teóricos y metodológicos. Significa romper de alguna manera con la visión tradicional patriarcal de la ciencia moderna que se ha negado a mirar las realidades de las mujeres.

El género como categoría analítica implica mucho más que ver la diferencia hombre/mujer, significa romper con las dicotomías de nuestra manera de pensar el mundo, en mirar lo subjetivo y lo objetivo, lo racional y lo afectivo, ver lo bueno o malo, mirar el yo y el otro. Envuelve un análisis más riguroso y siempre posible de ser enriquecido con otras perspectivas.

Cuando se asume una postura investigativa desde la perspectiva de género estamos en presencia de un abordaje hermenéutico, Miguel Martínez alumbra el camino cuando señala que hacer hermenéutica significa: "Descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras... los gestos, así como cualquier acto u obra, pero conservando la singularidad en el contexto del cual forma parte".⁷ Sin lugar a dudas, estamos transitamos por el enfoque cualitativo, la cual nos permitió un acercarnos a lo subjetivo construido por las profesionales de enfermería sobre estos dos momentos importantes en la vidas de las mujeres como lo son el parto y el nacimiento.

Precisiones Metodológicas:

La institución que sirvió de referencia para la realización del presente estudio fue el Hospital tipo III del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. José María Carabaño Tosta" (IVSS) ubicado en Maracay, estado Aragua, y segundo centro de referencia de dicha ciudad.

El grupo de actrices sociales, informantes-participantes fue seleccionado considerando los siguientes rasgos: profesionales de la enfermería con experiencia de más de 5 años en la praxis obstétrica en la sala de partos en el Hospital "Dr. José María Carabaño Tosta" y con estudios de maestría en Ciencias de la Enfermería materno infantil mención Obstetricia.

La calidad de la información fue dada por el punto de saturación. Se refiere a la completa inclusión de las ocurrencias a la inmersión total de los fenómenos para conocerlos plenamente. La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la entrevista focalizada.

La construcción del análisis tuvo como finalidad describir las etapas y procesos que permitieron la emergencia de la posible estructura teórica, "implícita" en el material recopilado en las entrevistas. El proceso completo implicó las etapas de categorización, estructuración, contrastación y teorización.

Subjetividades Construidas

Las profesionales de enfermería, como integrantes del equipo de salud que ejerce su praxis en las salas de partos hospitalarias, juegan un papel puntual dentro de todo ese proceso de expropiación del cuerpo de la mujer parturienta. La expropiación ejercida es en grado tal que las enfermeras deciden por y sobre las mujeres en labor de parto, despojándolas de esta manera del control de sus cuerpos y de su propio parto. Podemos constatarlo en los discursos de las propias enfermeras que laboran en estas unidades de cuidado:

"... ellas deberían tomar la decisión, debería de respetárseles, pero acá no se les acepta, debería tomárseles en cuenta pero aquí no...no se les permiten..." (Entrevistada 1)

"... entonces todo mi trabajo que hice en sala de trabajo se me perdió y ahí es cuando entro yo en conflicto y me molesto por que yo trabaje a esa mujer todo mi trabajo de parto" (Entrevistada 2)

"...y cuando yo necesite que tu tengas toda la fuerza para poder expulsar a tu feto vas a estar cansada entonces ahorra las energías y tu fuerza para el momento que lo necesitemos... ella colabora contigo porque le estas informando, la clave está en informarle, ella colabora para poder parir porque ella llegó allí para parir." (Entrevistada 3)

"...Cuando está en el intraparto tú tienes que estar allí, pendiente de tu mujer que está pariendo..." (Entrevistada 4)

...Colaborando, cuando tú le estas explicando las técnicas de relajación, ellas colaboran en la posición, que no cierren las piernas ellas colaboran..." (Entrevistada 5)

Lo simbólico subyacente en estos trozos de material textual, portan en su interior una semiosis social que es necesario analizar a fin de dar cuenta del magma ideológico que circula en los discursos. Es evidente, como las enfermeras asumen como propio el proceso de parir de las mujeres. En tanto tal, es un proceso que no le pertenece a la parturienta. La mujer en labor de parto, no tiene control de sus emociones y mucho menos de su propio cuerpo.

Este vigilar y controlar por parte de las enfermeras pasa por tener a las mujeres bajo el dominio de su poder y control, a lo que María de Jesús Montes

califica como cuerpos "sospechosos".⁸ Es decir, dudar de las capacidades de la mujer para enfrentar su proceso de trabajo de parto; en otras palabras, quien sabe realmente como parir son otras/os: el personal médico y de enfermería. La única función de la mujer es simplemente colaborar, obedeciendo fielmente las indicaciones y exigencias que le son impuestas por la lógica institucional de las áreas obstétricas y por ende del modelo biomédico.

Al entrar la madre en la zona de poder del personal de salud, en este caso hacemos referencia a la sala de partos, son invalidadas toda norma del pudor y el cuerpo es sometido a instrucciones múltiples, colocando a la mujer en un estado de vulnerabilidad e indefensión. Mari Luz Esteban señala al respecto:

El cuerpo de la mujer/máquina es dejado bajo el control del médico, la mujer pasa a ser únicamente la obrera que produce al bebé, que no puede funcionar sin la ayuda... Así el útero se entiende como un músculo involuntario que hace un trabajo mecánico, y la intervención médica debe favorecer la productividad. La mujer debe permanecer pasiva durante las fases del parto y esta idea de pasividad justifica la necesidad de realizar manipulaciones desde el exterior.¹

Estas representaciones que sobre el cuerpo de las mujeres en labor de parto tiene el equipo de salud, anula la confianza de las mujeres, las expropia de sus saberes y percepciones en relación a las prácticas y vivencias de sus cuerpos. La representación que opera en los imaginarios es que ellas no están capacitadas para afrontar su labor de parto, por consiguiente, deben ser obligadas a acatar los dictados normativos de las expertas es decir las enfermeras, donde la voracidad de sus prácticas hospitalarias respecto al cuerpo, se acompañan y sostienen desde una relación de ajenidad, de desconcierto, de temor, de castigo.

Las mujeres sometidas a tal ejercicio del poder, pierden su identidad y la posibilidad del ejercicio de sus derechos. Despojadas de autonomía son víctimas de una relación saber-poder-sumisión, que mantienen y refuerzan una ideología jerárquica entre quién tiene el poder y quién no. Esta condición de la mujer sumisa y dominada la precisa Lanz:

No es una metáfora construida a fuerza de dominación: Es la constatación dramática de una red de relaciones de subordinación en las cuales una parte de la sociedad termina asumiendo como suyo el esquema de representaciones de sujetos sociales bien precisos: las clases dominantes...²

Por otra parte, Michel Foucault, describe este tipo de poder que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres en trabajo de parto como poder disciplinar. Al referirse a este tipo de poder nos dice que este opera en las relaciones sobre el cuerpo:

...lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten... lo fuerzan... el cuerpo, en una buena parte, está imbuido de relaciones de poder y de dominación, como fuerza de producción...El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido...⁹

Continúa el autor señalando que este es un poder absolutamente "discreto", que funciona permanentemente y en buena parte en silencio. "Poder que es en apariencia tanto menos "corporal" cuanto que es más sabiamente "físico". Se ejerce haciéndose invisible, es la técnica específica de un poder que ve a las personas como objetos y como instrumentos de su ejercicio, lo invade poco a poco, modificando sus mecanismos e imponiendo sus procedimientos."⁹

La praxis obstétrica hospitalaria de las enfermeras está impregnada de este tipo de poder, pues llevan el control del tiempo del trabajo de parto de las mujeres, se controlan todos sus movimientos, todas sus conductas y sus emocionalidades. Nada sucede sin autorización y donde la docilidad de la mujer se impone como único camino para obtener algún grado de bienestar.

Las parturientas no se atreven a preguntar, aceptan calladamente las imposiciones y recomendaciones emanadas de la ciencia obstétrica, como únicas y válidas. "La ciencia aparece así asociada a representaciones tales como lo justo, lo bueno, lo verdadero, lo imparcial, lo universal. El discurso científico tiene de esta manera, la mayor eficacia legitimadora de todos los saberes".² La ciencia sin lugar a dudas, constituye la cima inmovible de esta configuración jerárquica.

Por otra parte, Susana Velázquez al referirse al poder-sumisión de la ciencia ejercida sobre el cuerpo de las mujeres en trabajo de parto, nos refiere:

La información al normatizar la práctica de la maternidad no deja espacio para las elaboraciones individuales. La información al ofrecerse y operar como una verdad construida desde la ciencia bloquea el surgimiento de otras verdades que las mujeres plantean sentidas desde su subjetividad y sus experiencias concretas de la maternidad.¹⁰

"Hay unas que llegan a parir y no opinan, ni hablan, ni que tú le preguntes, ni nada, no opinan nada...el papel que cumplen es parir..."
(Entrevistada 3)

El patriarcado requiere que las mujeres asuman esta actitud de docilidad, que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni pregunten, reforzando de esta manera, el discurso de invalidez femenina más allá de sus funciones. Reafirman el poder de la ciencia en manos del discurso biomédico como ente que ejerce control social e ideológico sobre las mujeres, que las coloca en perspectivas de los tomadores de decisiones, indispensables para la estructura patriarcal.

Nancy Ehrenreich, enriquece el análisis precisando:

De hecho, es el discurso científico, y la transformación que hace de las mujeres en objetos de conocimiento, lo que hace posible su subyugación... La medicina controla a las mujeres al crearlas, inscribe sus burocráticas, mecanizadas y patriarcales imágenes de la realidad en sus propios cuerpos.¹¹

Este conocimiento que le da la ciencia a los/as profesionales de salud y por ende a las enfermeras sobre los cuerpos de la mujer gestante y su proceso de trabajo de parto y nacimiento; colocan a las mujeres a disposición de las enfermeras quienes imponen sus propios criterios de verdad *"que la dominación constitutiva de las relaciones cognitivas se expresa como una cristalización orgánica de esa organización social del saber"*.²

Por su parte, las ciencias biomédicas en palabras de Diana Mafía le han dicho a las mujeres "como ser, como gozar, como parir, como sentir, como (no) pensar, como enfermar y como morir".¹² En tanto tal, a las mujeres nos cuesta concebir nuestros cuerpos como propios.

Retomando el hilo que teje la red, las mujeres se enfrentan a un sistema de salud permeado por los fundamentalismos de una ciencia, potencializada por el sistema patriarcal y caracterizada según Miriam Balestrini¹³ por las siguientes marcas ideológicas:

- La racionalidad científica gobierna los procesos cognitivos, el régimen de representaciones y la producción de sentido del discurso médico.
- En el discurso médico está presente la validez científica del conocimiento, legitimado por ser objetivo, racional,

neutral, sistemático, verificable y poseedor de coherencia interna.

- En el espacio médico se constituye y configura un lenguaje científico propio que es utilizado como instrumento de poder.
- El discurso médico dominante se fundamenta sobre la premisa de la universalidad del conocimiento médico.
- El discurso médico se presenta como un modelo médico cerrado, negador de otras posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Existe una concepción enteramente biologicista en la que el estudio del ser humano, desde el punto de vista de la salud, sólo tiende a los aspectos orgánicos, olvidándose de los aspectos psicológicos, culturales, ambientales, etc.
- El enfoque del estudio del proceso salud-enfermedad es netamente individualista y curativista, olvidándose del componente social y cultural del problema, obviando lo relativo a la prevención y promoción de la salud y en consecuencia, dejando de lado el mejoramiento de la calidad de vida.

• El discurso médico se construye mediante la negación de la historicidad del proceso salud-enfermedad, es decir, de la relación de los factores socio-histórico y culturales con dicho proceso.

• La racionalidad científico-técnica domina el discurso médico y contribuye de esta manera con el efecto de dominación en la relación médico-paciente.

• El modelo médico dominante se caracteriza por su pragmatismo y su mercantilismo en todas las áreas del quehacer médico tanto público como privado.

El sistema de salud, está impregnado de la ciencia y su modelo el cual invisibiliza completamente a las mujeres. Eugenia Correa, nos describe como son percibidas las mujeres dentro de los centros asistenciales de salud y por ende de las salas de partos:

...El sistema de salud concibe a las pacientes como mujeres, mestizas, católicas, provenientes de familiar nucleares, pasivas, pobres, desinformadas, heterosexuales, madres (o con deseos de serlo) necesitadas de asesoría-orientación-consejo, dispuestas a esperar y sin posibilidad de optar por otros sistemas de atención".¹⁴

Esta forma de ver a las mujeres que se reproduce en las salas de partos son parte del sistema de salud

patriarcal, muestra de ello queda expresado en los discursos que se señalan a continuación.

"...lo primero que debo darle es confianza que no la voy a dejar sola si me toca estar hasta las dos despierta tú me vas a tener a mi aquí contigo llevando el proceso de trabajo de parto hasta las dos de la mañana conmigo, te voy a orientar tú te vas a dejar llevar por mí y vas hacer paso a paso lo que yo te vaya indicando si tu colaboras conmigo todo va a salir bien en ese momento tú le estas diciendo a ella que estas allí para ella." (Entrevistada 1)

"...tal vez se sentiría en confianza si alguna de las enfermeras que está allí en la sala de parto se acerca y le dice o le enseña como respirar o le da la mano..." (Entrevistada 2)

"Si tú le explicas a esa paciente lo que es el trabajo de parto como va a ir avanzando tú vas a lograr que esa paciente tenga confianza en ti y si tú estás pendiente ella se va a sentir segura"... (Entrevistada 3)

"Yo digo que la mujer en trabajo de parto pierde su parte psicológica, pierde su entendimiento... No dominan su fuerza y llegan en ese momento hasta morder a uno... Pierde la conciencia y el control de sí mismas... Pero si tú las entrenas ella no llega a esa agresividad... Ella va aprendiendo sobre la marcha, si tú la entrenas y le explicas lo que va a suceder en el trabajo de parto la agresión va a ser mínima, el apretar... Ella tiene que tener una serie de conocimientos..." (Entrevistada 4)

...es que ellas van desorientadas no saben cómo pujar, no saben qué hacer, no saben qué posición tomar. (Entrevistada 5)

El saber de la mujer es descalificado por la institucionalidad representada por las enfermeras en los discursos desplegados. Foucault denomina a estos saberes subyugados como "un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados. Saberes ingenuos, localizados en la base de la jerarquía del saber. Estos son los saberes de la persona enferma, del paciente psiquiátrico".¹⁵

Las mujeres en trabajo de parto son consideradas enfermas, ya que su abordaje por parte de la institución hospitalaria es fundamentalmente patológico.

La mujer en trabajo de parto es doblemente subyugada, en razón del lugar que las mujeres ocupan en una sociedad androcéntrica, excluyente y por ende inequitativa. Por otra parte, la división social y sexual privilegia lo masculino sobre lo femenino, a ello le agregamos su condición de gestante donde se le considerada enferma.

Frente al poder/saber ejercido por las enfermeras, las mujeres en labor de parto no son interlocutoras autorizadas. No dialogan el lenguaje de la ciencia y por ello, no pueden participar en la acción comunicativa allí desplegada.

Esta percepción que se tiene de las mujeres y de la invalidez de su conocimiento, alimentan el mito de la debilidad e inferioridad femenina que grandes pensadores de la antigüedad reforzaron con postulados que mostraron al mundo una visión de inferioridad femenina. Uno de los más resaltantes por su carácter misógino fue Aristóteles, cuyo pensamiento dejó profundas improntas y aun hoy, su episteme permanece intacta en el pensamiento medico occidental. Para ello nos remitiremos al pensamiento aristotélico con respecto a las mujeres en palabras recogidas de Simone de Beauvoir:

El cuerpo femenino, naturalmente desarmado e incapaz de asegurar su propia defensa, el cuerpo femenino está dotado además de un cerebro pequeño. Este cuerpo esta inacabado como el de un niño y carece de semen como el de un hombre estéril... Todo esto porque las hembras son por naturaleza más débiles y más frías y hay que considerar su naturaleza como un defecto natural... y es que la mujer es ella misma un defecto.¹⁶

De esta manera, el sistema de organización del discurso biomédico teje el universo simbólico que reproduce el patriarcado al establecer y mantener la subordinación de la mujer. Hecho que podemos ver en las salas de partos donde a las mujeres se les reduce la posibilidad de valerse por sí mismas; haciéndolas dependientes de una intervención que las desnuda simbólica y literalmente, que las vulnera, las expropia y las cosifica producto de la medicalización a la que son sometidas. Podemos observar una parte de la realidad que viven las mujeres en las salas de parto de acuerdo a lo expresado por las enfermeras:

"...la realidad es Acuéstate allá, quítate la bata y quítate la ropa interior, y prepárate porque vas a parir, vienes a parir..." (Entrevistada 1)

"...la mujer es vista como un paciente que va a recibir tratamiento y ya, que va a parir y ya, no las toman en cuenta..." (Entrevistada 2)

"... la enfermera le dice súbete, ponte para allá y la muchacha pon te tú se cansó porque tiene muchas horas en ese trabajo de partos y está muy cansada y ya no puede pujar entonces se le montan arriba y le dicen pare fulana, pare, saca ese muchacho..." (Entrevistada 3)

"Como un títere, pobrecita, porque es como lo dice este, como lo dice aquel..." (Entrevistada 4)

..."La mujer es vista como un objeto, un objeto que viene a expulsar algo, Eso es el colectivo, lo que más se ve..." (Entrevistada 5)

Carlos Burgos refuerza esta cosificación cuando refiere al respecto:

Este modelo de medicalización (transformación del hecho afectivo y social de parir y hacer nacer en un acto médico conducido y plagado de intervenciones), se sostiene y afirma en otros dos aspectos que caracterizan y ponen valla a la catarata emocional y física que irrumpe continuamente en la mujer durante su parto. Uno de ellos es la despersonalización de la parturienta transformada en un "objeto de trabajo", un "campo de trabajo", rendida en su condición de "paciente", acostada inmóvil y obediente a las prescripciones del "personal". En esta condición se somete al "torrente animal" de movimientos y sonidos que pulsan internamente por encontrar cauce en su cuerpo "amordazado". La experiencia de desintegración y pérdida de control resulta intolerable e inmanejable. Un cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica... Si afinamos la mirada, tenemos un objeto dentro de un objeto; el "objeto de trabajo" en el cuerpo de la mujer es su aparato genital.¹⁷

Sin lugar a dudas, la institución médica separa a las mujeres de su propio cuerpo excluyéndolas totalmente de su propio proceso. Sus vivencias no importan, sus malestares son obviados, su contexto apenas es una sombra, su protagonismo se pierde en la indiferencia, quedando sujetas a los poderes encarnados por los médicos/as, por el personal de enfermería y por la institución hospitalaria de tal suerte que su cuerpo, siempre es un cuerpo sujetado y es a partir de esta sujeción, que se ha tratado de explicar su sometimiento.

El saber biomédico encarna una especie de verdad universal, es un saber oficial, con un sentido de universalidad que se reproduce ad infinitum en los diferentes centros de formación los cuales tienen como función ideológica sedimentar en los imaginarios unas representaciones cognitivas del poder sobre el cuerpo. Un criterio de verdad que encuentra en el modelo biomédico su principal canal de reproducción.

Las enfermeras con formación en obstetricia, no están habilitadas para dar cuidados durante el trabajo de parto y el nacimiento por ser mujeres y haber parido, sino por poseer un saber acreditado por la ciencia. Su formación tiene bases patriarcales tan profundas y tan fuertes, que reproducen unos saberes y unos haceres marcados por la violencia. Hecho este que impacta la vida y las experiencias de las mujeres que vivencian la labor de parto.

Josefina Sánchez profesional de la enfermería, nos narra en su escrito la crisis humanística del profesional de enfermería asistencial en Venezuela.

Llega la mujer embarazada con contracciones al área de admisión...la camarera recibe a la parturienta con "*dejan una cochinita por todos lados*"...y en ese mismo instante le pasa el colete cerca o encima de los pies...La parturienta logra ver a la enfermera a mitad del pasillo y le dice "no aguanto, tengo mucho dolor" y esta le contesta "*tiene que esperar porque hay muchas antes que usted*". La parturienta logra divisar un médico a lo lejos y corre detrás de él, a lo cual le responde, "*yo no estoy de guardia*".

...La parturienta va de un lado a otro, gimoteando, sobándose la barriga de forma desesperada. En ese instante, siente un líquido que le recorre las piernas y grita ¡estoy pariendo!...la camarera, la regaña...La camarera le advierte a la enfermera, afuera hay una mujer que rompió fuente y esta le dice a la camarera que la pase...Al fin la parturienta va a ser atendida...Llega la doctora a atenderla. Esta le dice a la enfermera "vamos hacerle un ultrasonido para ver como esta esto. Tengo dos emergencias. La atiende a ellas y luego a esta, "espera allá en admisión" le dice la enfermera a la parturienta, quien ahora siente que va a desfallecer, a estar parada, con la camarera, sus dolores, sus miedos; pero sabe que no tiene otra alternativa.

...Llega al servicio y la enfermera le dice que se acueste en la cama. ² La parturienta siente mucho dolor y comienza a quejarse. La enfermera le dice, "así no te quejabas cuando lo estabas haciendo, "la de la cama ² parece una chiva"...

Las enfermeras le decían muérdete el pelo. Con eso se te quita el dolor" y literalmente una de ellas le introdujo el cabello a la señora en la boca...

La parturienta sube a la sala de hospitalización... En estos días es llamada por el número de cama. Su nombre y apellido quedan borrados. Cuando le administran el tratamiento la profesionales asistenciales no utilizan las normas de cortesía, mucho menos explican cualquier procedimiento.

El día que la dieron de alta... llega la enfermera, le entrega las indicaciones y grita en la sala, "¡las mandaron a todas para sus casas!...comenzaron a recoger sus cosas, otras se fueron al estar de las enfermeras a preguntarles sobre las dudas. Las enfermeras le respondieron "¡los médicos se fueron a clases, yo no sé nada, haga lo que dice el recípe!..."¹⁸

Este trato que hoy día se les proporciona a las parturientas en las salas de parto por parte de las profesionales de enfermería que dicen "prestar cuidado"; dista mucho del trato y acompañamiento que en la antigüedad proporcionaban las parteras que asistían a las mujeres en su propio hogar.

Las parteras centraban su modelo de atención en la mujer a quienes asistían y acompañaban durante el trabajo de parto y el puerperio en una relación de respeto, y afecto.

Estas mujeres que ejercían el arte de parrear seguían las normas de la tradición oral que recibían por parte de las parteras más viejas o adquirían sus conocimientos de partería por sí mismas, eran elegidas por las mujeres de su familia o aldea quienes tomaban en consideración cualidades especiales.

Miguel Alarcón las describe como:

Personas que comparten y viven el nacimiento con la madre, por ello se les ha conocido como madrina y matrona, del latín *matrina*; además, este término proviene de *mater* y *matrix*, que significan madre. Del latín *cum matre* se originan *comadre* y *comadrona*, que lleva implícita la función de acompañar el trance de la maternidad. También se las ha considerado mujeres con conocimientos sobresalientes; razón por la cual han recibido el nombre de mujeres sabias... Por obvias razones la palabra más utilizada para mencionar su oficio es el de partera, término proveniente del latín *partus*...¹⁹

Estas mujeres establecían una interconexión mágica con las mujeres a las cuales asistían. Una conexión que trascendía más allá de lo físico logrando alcanzar lo afectivo y lo espiritual. Ana Pelcastre nos recrea lo señalado:

La relación de la parturienta con la partera connota significados muy importantes en la subjetividad que entrañan los momentos vividos durante el parto. Uno de ellos está basada en la relación afectiva que la partera establece con la embarazada, lo que genera confianza en estas últimas ya que la percibe cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizado.²⁰

Esta forma de atender el parto cambió drásticamente con la implantación de la moderna ciencia médica, la cual se estableció como profesión para cuyo ejercicio se exigía formación universitaria. Privilegio otorgado a los hombres, quienes se interesaron por el estudio del cuerpo femenino y sus procesos. De esta manera se facilitó la exclusión legal de las mujeres de sus prácticas de parterías, Silvia Tubert nos refiere que en los albores del siglo XIX.

...el vientre de la mujer dejó de tener un carácter sagrado o temible, los médicos se hicieron sus amos... Surgió el deseo de ayudar a la mujer y asistir a la mujer que da a luz y al niño que llega al mundo. Los tratados de obstetricia ponen de manifiesto en algunas páginas que revelan la atracción y hasta la fascinación por estos procesos, los hombres en tanto médicos, accedieron a participar en un momento del que habían estado siempre excluidos. El problema en su creciente participación llegó a invertir los términos y a despojar a la mujer de su papel activo..³

Los cambios sucedidos en la atención al parto y al nacimiento marcaron la vida sexual y reproductiva de las mujeres. El parto momento único de las mujeres vivido en el entorno familiar cambió de escenario y de escena: pasó de la calidez del hogar en manos de las parteras a los fríos hospitales en manos de la ciencia obstétrica; dos modos de parir con marcadas diferencias.

La forma de parir en manos de la obstetricia hace "honor" a su nombre, veamos de donde proviene la palabra obstetricia:

Del latín *taetricus-taetrica-taetricum* (adjetivo): sobrio, severo. *Taetre*: raíz original que quiere decir

"vergonzosa, indignante, horriblemente repugnante". Taeter, taetra, taetrum: "horrible, repugnante, asqueroso" (rostro abominable, horrible, asqueroso). Obs. "El que se ocupa de" (...lo terrible, repugnante...); tétrico, de teter: "negro, triste, demasiado serio, melancólico, negro, manchado". Obstetricia: parto de la medicina que se ocupa de la gestación, parto y el puerperio.

Tomando la acepción respecto de sobrio, remite a umbroso y umbral: sombras silenciosas, de allí a lo umbrío. Umbral, entrada a lo desconocido. Hasta el umbral hay luz. Más allá, no. Luz y sombras.²¹

Si reducimos el parir a nuestra experiencia personal y profesional, y nos ubicamos en las salas de partos de los centros asistenciales privados, donde pueden acceder las mujeres de clases media y alta, lo asqueroso pareciera sobrar. Pero si nos ubicamos en los centros asistenciales públicos donde paren las mujeres de clases humildes, que son la mayoría de las mujeres en este país, aceptaremos la afirmación que hace Eva Giberti "entre heces y orina nacemos".²¹ Estas dos diferencias ponen de manifiesto la índole sociocultural del parto. Condiciones de nacer que se vivencian en las salas de parto de nuestro país:

"...Porque esto tiene que parecer una carnicería?... Un sangrero por todos lados... No era mi guardia yo venía llegando y vi una paciente que estaba en el colchón sin sábanas ni nada, toda orinada..." (Entrevistada 1)

"Te voy eso parece un matadero... las camas manchadas de sangre, las mamas con todo en el piso..." (Entrevistada 2)

"Cuando tú ves a una mujer bañada en líquido, de orine, de pupù, que nadie la atiende, que la enfermera no la atiende..." (Entrevistada 3)

"Hay presión en los esfínteres que producen las heces, entonces ni la limpias, ni la bañas, ni la lavas hasta que termine el trabajo de parto..." (Entrevistada 4)

"...para que la voy a estar limpiando y cambiando a cada rato si eso hasta que no termine el trabajo de parto no va a dejar de hacer..." (Entrevistada 5)

Davis-Floyd citada por María Isabel Blázquez, describe más detalladamente la esencia patriarcal de la obstetricia:

La historia de la Obstetricia es la de la separación entre la procreación y la sexualidad, la

mujer y la madre, el feto y la madre. Esta fragmentación se visibiliza en la alienación de la mujer que solo es considerada desde la visión reduccionista, que prima al feto/embrión, a lo que sucede en sus órganos reproductores, con un enfoque organicista y científico sin tener en cuenta otras dimensiones que definen las formas de enfrentar o vivenciar estos procesos por las mujeres.²²

En este magma, suelen quedar adheridos los y las profesionales de la salud que laboran en las salas de partos hospitalarias, donde las relaciones que se establecen con las parturientas están impregnadas del hecho científico-tecnológico. El parto y el nacimiento, son vistos y tratados como patologías y en consecuencia medicalizados. Las mujeres son tratadas como si vivieran un proceso de enfermedad en vez de un proceso fisiológico natural, sin tomar en cuenta el vivir y el sentir por parte de las que deberían ser las protagonistas de este proceso es decir, las mujeres.

Eva Giberti describe esta interrelación que se produce entre la parturienta y los/as profesionales de la salud como "una relación compleja, pues está reducida a una interpretación desde el sometimiento de género al poder dominante de quien práctica la profesión de la salud independientemente sea hombre o mujer,"²¹ incluyendo modalidades de algunas enfermeras que no por ser mujeres se caracterizan por crear un vínculo con la parturienta.

Pudiera pensarse entonces, o pudiéramos preguntarnos: ¿si las enfermeras son mayoritariamente mujeres, cuya mayoría ha experimentado la experiencia del parto, cómo entonces realizan una praxis en detrimento de las propias mujeres? Elisa Alejandra Valdivieso precisa:

En realidad, las mujeres también son agentes reproductoras de la sociedad patriarcal, aunque de diferentes maneras que los hombres. Las relaciones patriarcales se reproducen en medio de nuestra vida diaria, la cual gira en torno a un sistema que de entrada está orientado y basado en una identidad masculina, también conocida como sistema patriarcal. Ha subsistido e inclusive se ha profundizado en buena medida debido a la participación de las mujeres, al desconocimiento por parte de los hombres y a la continua reproducción por parte de ambos de actividades que busca satisfacer dicho sistema.²³

Las mujeres (enfermeras) se unen a los hombres (médicos) en el ejercicio del poder, junto a ellos toman

decisiones en detrimento de las mujeres gestantes. Son muy pocas para no decir ninguna, conscientes de cómo los efectos del orden de género de la sociedad patriarcal están entremezclados en estas decisiones de modo que no siempre son fáciles de descubrir el marcado patriarcado que subyace en el conocimiento obstétrico.

"Porque todas somos en lo fundamental mujeres patriarcales o por lo menos llenas de reacciones o reflejos generados por siglos de patriarcado, una ideología que envuelve cada micro espacio y que apenas hoy comenzamos a cuestionar".²⁴

A pesar de los grandes propósitos y acciones mutuas en que las mujeres comparten el ejercicio del poder con los hombres, sigue siendo un terreno en que la subordinación de las mujeres es visible aunque no siempre se reconozca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Esteban M. Re-producción del cuerpo femenino, Discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia-San Sebastián: Gakoa Tercera Prensa. 2001; pp 242.
- 2) Lanz R. Razón y Dominación. Contribución a la crítica de la ideología. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. Caracas Venezuela. 1988; pp 353.
- 3) Tubert S. Mujeres sin sombras: maternidad y tecnología. Siglo XXI de España. Editores. Madrid. 1991; pp 305.
- 4) Adrienne R. Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución. Editorial Cátedra. Madrid, España. 1996; PP 421.
- 5) Camacaro M. La Obstetricia Develada Otra mirada desde el Género. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo. Valencia .Venezuela. 2010; pp 222.
- 6) Bartra E. "Reflexiones Metodológicas". En Bartra Eli (comp). Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México. 2002; pp 228: 141-158.
- 7) Martínez M. Comportamiento Humano: Nuevas formas de Investigación. 2ª ed. México: Trillas. 2011; pp 308.
- 8) Montes M. La cultura del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universidad Rovix I VIRGILI. Facultad de letras. Programa Doctoral en Antropología de la medicina. Tesis para optar el título de Doctora en Antropología Social y Cultural. 2007; pp 380.
- 9) Foucault M. Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión. 1ª Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores .Argentina. 1976; pp 384.
- 10) Velázquez S. Hacia una maternidad participativa. Reflexiones acerca de la prevención y la promoción de la salud mental de las mujeres. En Burin, Mabel, Estudios de las subjetividades femeninas. Mujeres y salud mental. Librería de mujeres, Buenos Aires. Argentina. 2010; pp 354: 293.
- 11) Ehrenreich N. The colonization of the womb. Duke Law Journal Vol. 43 N° 3. 1993; pp 492-587.
- 12) Maffia D. El sexo oculto de la ciencia. En ciencia y Género, Pérez Sedeño Eulalia, Alcalá Cortijo Paloma [coordinadoras] .Facultad de filosofía Universidad Complutense de Madrid. 2001; pp 545: 407-416.
- 13) Balestrini M. El discurso médico en el capitalismo. Caracas: BL consultores. 1999; pp 307.
- 14) Correa E. Sociedad patriarcal, las luchas por la equidad de género y el postneoliberalismo. En: Feminismos para un cambio civilizatorio, Carosio Alba (coord.) Fundación Celarg-Clacso, Centro de Estudios de las Mujeres U.C.V. Caracas, Venezuela. 2014; pp 301:67-81
- 15) Foucault M. Defender la sociedad. Fondo de Cultura Económica. Francia. 2001; pp 275.
- 16) De Beauvoir S. El segundo sexo. Los hechos y los mitos, Volumen I. Buenos Aires. Argentina: Siglo XXI. 1981; pp 308.
- 17) Burgos C. Litotomía en el parto: una práctica cuestionable. XIII Congreso Internacional de la ISPOCG (Internacional Society of Psychosomatic Obstetric & Gynecology). Rev. Obstare N° 3.

- 18) Sánchez, J. Crisis humanística del profesional asistencial en Venezuela. Fundación Editorial el Perro y la Rana. Venezuela. 2013; pp 118.
- 19) Alarcón, Miguel. (2011) Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Volumen 62 N° 2.2011; pp 188-195
- 20) Pelcastre, A. Embarazo, Parto y Puerperio: Creencias y prácticas de parteras en San Luis de Potosí. Revista Escuela de Enfermería USP. México. 2005; pp375-382
- 21) Giberti, E. Parto sin temor: el poder que perdemos. En mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencia. Fernández Ana (comp). Universidad de Texas. Editorial Paidós. 1992; pp256-300
- 22) Blázquez, M. (2005) Aproximaciones antropológicas de la reproducción. Revista Iberoamérica, N° 42. Julio-Agosto. Ed. Electrónica. Madrid. 2005; pp 1-25.
- 23) Valdivieso, E. Despatriarcalizando la atención sanitaria: el asunto de fondo para garantizar el derecho a la vida en Venezuela. En Feminismos para un cambio civilizatorio, Carosio Alba (coord.) Fundación Celarg-Clacso, Centro de Estudios de las Mujeres U.C.V. Caracas, Venezuela. 2014; pp 237-266
- 24) Florence T. Conversaciones con un hombre ausente. Arango Editores. Bogotá. 1998; pp 223