

EL PARTO Y EL NACIMIENTO EN LA MODERNIDAD. UNA VISIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DESDE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA.

BIRTH AND BIRTH IN MODERNITY. A GENDER PERSPECTIVE FROM OBSTETRIC NURSING.

Leida C. Montero C.¹

ABSTRACT

The study is part of the research lines on sexual and reproductive health, focusing on the reproductive processes of women: labor and childbirth, events that obstetrics - in the hands of the hegemonic biomedical model - has expropriated from women's bodies. In order to clarify this fact, we need to unveil the collective imaginary about labor and childbirth, constructed by nurses through their hospital praxis. We frame the theoretical view from feminism as a theory and argumentative epistemology from the patriarchal conception of the world around the woman. We appropriate the category of gender as analytical methodology following the qualitative approach. The research group was composed of five nurses with a Master in Nursing Science, over 5 years of professional experience in the labor room at the "Dr. José María Carabaño Tosta" I.V.S.S. (Venezuelan Institute of Social Security - Government health care) in Maracay City/Aragua state. The representativeness of the research was guaranteed by the quality of the information obtained through the saturation point of knowledge. The construction of the analysis was enriched by the testimonies collected through the focused interviews. The construction of the analysis was done through the categorization of critical events, with which we showed the reality of the medicalized, technocratized and pathologizing treatment given to women in the labor rooms as a result of technocratic training received by nurses in hegemonic biomedical model, conceptualizing women as purely reproductive beings.

KEY WORDS: childbirth-birth, technocratic model, obstetric nursing, gender perspective.

RESUMEN

El estudio está suscrito dentro de las líneas de investigación sobre salud sexual y reproductiva. Haciendo especial atención en los procesos reproductivos de las mujeres: parto y nacimiento, eventos que la obstetricia en manos del modelo biomédico hegemónico, ha expropiado del cuerpo de las mujeres. Para precisar la realidad requerimos develar el imaginario colectivo sobre el parto y el nacimiento construido por las enfermeras a través de su praxis hospitalaria. Enmarcamos la mirada teórica desde el feminismo como teoría y epistemología contestataria de la concepción patriarcal del mundo en torno a la mujer. Nos apropiamos de la categoría de género como metodología analítica siguiendo el camino cualitativo. El grupo sujeto de estudio, estuvo conformado por cinco enfermeras con Maestría en Ciencias de la Enfermería, más de 5 años de experiencia profesional en la sala de partos del I.V.S.S. "Dr. José María Carabaño Tosta" de la Ciudad de Maracay/Aragua. La representatividad de la investigación estuvo garantizada por la calidad de la información obtenida a través del punto de saturación del conocimiento. La construcción del análisis fue enriquecido por los testimonios recogido a través de las entrevistas enfocadas. La construcción del análisis se realizó a través de la categorización de eventos críticos, con los cuales evidenciamos la realidad del trato medicalizado, tecnocratizado y patologizador que se les dan a las mujeres en las salas de parto producto de la formación tecnocrática que reciben las enfermeras en manos del modelo biomédico hegemónico, conceptualizando a las mujeres como seres netamente reproductores.

PALABRAS CLAVE: parto-nacimiento, modelo tecnocrático, enfermería obstétrica, perspectiva de género.

INTRODUCCIÓN

Iniciamos el desarrollo de la presente discusión entreviendo toda una serie de huellas ideológicas que nos han permitido interpretar aspectos relacionados con

la institucionalización, medicalización y patologización de los procesos reproductivos en la vida de las mujeres. Nos detenemos fundamentalmente en dos momentos: el parto y el nacimiento. Momentos que les fueron expropiados a las mujeres, por las ciencias médicas patriarcales y selladas bajo la óptica morbicentrista.

Recibido: 13/01/2017 Aprobado: 14/04/2017

¹Dpto. Clínico de Enfermería en Salud Reproductiva y Pediatría. Escuela de Enfermería "Dra. Gladys Román de Cisneros" Universidad de Carabobo. ²Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro" Universidad de Carabobo y UNISAR.

Correspondencia: montero.leida@gmail.com

Brusco,¹ comenta que el modelo médico hegemónico ha monopolizado a lo largo de la historia los acontecimientos más importantes de la vida de la mujer entre ellos, el nacimiento y la reproducción, convirtiéndolos en competencias exclusivas de las especialidades médicas. Especialmente hacemos

referencia a la ciencia obstétrica como espacio tecnocientífico donde el ejercicio del poder queda sellado en manos de los / as especialistas en esta área.

Capra² por su parte, establece que el origen del modelo biomédico se concibe en estrecha relación entre el desarrollo de la biología, especialmente con su visión mecanicista de la vida, y el desarrollo de la medicina influenciada por el paradigma cartesiano. Este autor precisa que *"se da una estricta separación entre mente y cuerpo e introduce la idea de que el cuerpo humano es una máquina concebible con arreglo a la colocación y el funcionamiento de sus partes"*. En lo que respecta a la mujer gestante esta pasa a ser vista como máquina productora/reproductora de niños/as.

Es evidente como el modelo en referencia, perdió de vista el respeto hacia lo humano representando al parto y al nacimiento como eventos que necesitan ser controlados; bajo esta perspectiva ideológica, se somete a la mujer a una subordinación producto de la lógica institucional puesta en práctica por los y las profesionales de la salud médicos/as, enfermeras/os, fuertemente influenciados por el paradigma newtoniano- cartesiano, base conceptual que domina nuestra cultura y que caracteriza la era moderna.

Fernández Rufete lo describe claramente como:

*Biológico, natural, empírico, objetivo o verdadero, que sustentan todo un edificio ideológico y limitativo que le confiere a la medicina y a la práctica médica un estatuto ontológico que le permite reservarse el monopolio de un tipo particular de violencia simbólica legítima.*³

Como corolario a las reflexiones esbozadas en los apartes anteriores, nos propusimos realizar la presente investigación con el propósito de rastrear el imaginario colectivo construido por las enfermeras en torno al parto y el nacimiento a través de su praxis obstétrica hospitalaria. El interés estuvo dirigido a aportar elementos puntuales que contribuyan a impactar los modelos de atención obstétrica, tanto en el mundo de la academia como en los centros hospitalarios. Ello implica un profundo desafío que pasa por comprender para intervenir y transformar una práctica que necesita ser humanizada desde las aulas universitarias hasta los centros de salud; en función de lograr la tan anhelada equidad de género y devolverles a las mujeres lo que por derecho les pertenece: el control de su cuerpo y por ende su proceso reproductivo: el proceso de parto y nacimiento.

LA METÓDICA

La investigación se aborda desde el equipaje teórico feminista, a través de la metodología de género

como base epistémica que la sustenta. Cuando se asume una postura desde la perspectiva de género estamos en presencia de un abordaje hermenéutico, lo que Martínez⁴ señala *"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"*. Sin lugar a dudas, estamos transitando por el enfoque cualitativo, el cual nos ha permitido acercarnos a lo subjetivo construido por las profesionales de enfermería en torno al parto y el nacimiento a través de su praxis obstétrica hospitalaria.

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Escenario del Encuentro Dialógico: La institución que sirvió de referencia para la realización del presente estudio fue el Hospital del Seguro Social "Dr. José María Caraballo Tosta" ubicado en la ciudad de Maracay, estado Aragua. Hospital Tipo III, y segundo centro de referencia de la ciudad.

El grupo de actrices sociales sujetas de estudio, estuvo conformado por cinco profesionales de enfermería, con experiencia mayor a 5 años de praxis obstétrica en la sala de partos de este centro de salud, con estudios de maestría en ciencias de la enfermería materno infantil mencion obstetricia.

La calidad de la información fue dada por el punto de saturación, referido 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.

LAS SUBJETIVIDADES CONSTRUIDAS

Hacer hermenéusis de los discursos aportados por las enfermeras sobre su praxis obstétrica hospitalaria, permitió ir develando las huellas ideológicas que afloraron en la superficie textual de los mismos; apoyándonos en los aportes que brinda la teoría feminista como matriz teórico-conceptual. La huella ideológica evidenciada fue la tecnificación-medicalización del parto y el nacimiento. Huellas que quedan al descubierto en la semiosis social que esta investigación recoge e interpreta con el propósito de

visibilizar cómo el poder del modelo biomédico en manos del patriarcado ha impregnado la praxis obstétrica de las enfermeras en las salas de partos hospitalarias. Podemos constatarlo en los discursos de las propias enfermeras que laboran en estas unidades de cuidado, los siguientes textos dan muestras de ello. Veamos:

"Recibir la mujer embarazada la ubicas en su cama, le mandas a quitar la ropa interior, su bata, le cateterizas su vía le montas su hidratación con su agregado (syntocinon) si hay que montarle agregado (syntocinon) circulas al médico si hay que hacer algún procedimiento si hay que hacer algo, si es una embarazada que va a una intervención quirúrgica de cesárea le circulas al médico para que él coloque su sonda, en el momento del trabajo de parto el trabajo es vigilar, estar pendiente de las contracciones uterinas de esa mujer, en cuanto tiempo lo hace, como lo hace, ayudarla a técnicas de relajación, de posición en el momento que haya el pujo, en el momento que haya las fases del trabajo de parto..."(Entrevistada 3)

La paciente llega, es pasada a sala de trabajo y allí llega con sus indicaciones, Frecuentemente es ponerle su oxitócica en la solución; cinco unidades, si viene coronando... hacerle aseo vulvoperineal, vigilar contracciones y vigilar sangramiento... Yo pienso que es por el exceso de pacientes que es como más rápido administrarle oxitócica, hacerle episiotomía...(Entrevistada 4)

"Desde que la paciente entra a la admisión lo primero que se tiene que hacer es observarla... le cateterizas su vena, le tomas sus muestras de laboratorio, le colocas el tratamiento que el medico indique y la paciente se va a queda hospitalizada le buscas su ropa adecuada que es ropa desechable, observas si la paciente necesita ser rasurada o no en ese proceso que tú tienes la atención de anotar y recoger algunos datos de ella..." (Entrevista 5)

Como hemos podido constatar en la semiosis social arriba desplegada, el modelo biomédico evidencia muy buena salud. Observamos que la praxis obstétrica de las enfermeras está caracterizada por la aplicación de procedimientos, técnicas y protocolos acordes a su formación tecno científica. Formación que las capacita para cumplir fiel y cabalmente las pautas y normas que establecen la lógica de la institucionalidad hospitalaria. Todo un arsenal de procedimientos que debe ser cumplido sobre el cuerpo de la mujer en trabajo de parto, olvidándose por completo de lo humano y homogeneizando necesidades e intereses. No se piensa en las mujeres sino en la mujer como un todo. Esta pérdida de humanidad es lo que Capra define como uno de los defectos más grave del modelo.²

"Cuando tú estás en ese rol de enfermera yo pienso que la parte humana se les olvida, no se ocupan, no se

preocupan...Te voy a ser honesta, no nos preocupamos por el bienestar de la paciente..." (Entrevistada 1)

"A la mayoría como que no les importa su trabajo, lo hacen de manera mecánica y no humanizado. Es mecánico ir a cumplir 6 o 12 horas de guardia." (Entrevistada 4)

"La mayoría de las veces la enfermera se vuelve mecanizada, se ha perdido esa sensibilidad humana, se ha perdido y se ha convertido en un proporcionar cuidado mecanizado, donde no importa la parte emocional, sin importar la calidez humana." (Entrevistada 5)

Sin lugar a dudas, el modelo biomédico está fuertemente sedimentado en los imaginarios como expresión de unas relaciones de poder que debían ser mantenidas y reproducidas, y nadie mejor que las mujeres como los objetivos claves para mantener el control político.

Históricamente, el control social comenzó por el cuerpo de las mujeres. Tomar posesión de los procesos biológicos fue el camino más acertado para dominar: la gran estrategia de la sociedad moderna. Para nadie es un secreto que el estado en alianza con la ciencia médica, sellan intereses sobre el cuerpo de las mujeres. Sobre estos mecanismos de control Foucault ⁵ aporta interesantes reflexiones.

El poder sobre la vida se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales...uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como maquina: su educación, el aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedo asegurado por procedimientos de poder característicos de las disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano. El segundo, formado siglos más tardes, hacia mediados del siglo XVIII, fue centrado en el cuerpo especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlo variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población. Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida...anatomía y biología, individualizante y específicamente, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida, caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente.⁵

Sin lugar a dudas, estamos frente a lo que el autor en referencia denomina el biopoder. Este biopoder es definido como la característica fundamental del modelo biomédico, forma de control social sobre las personas el cual se ejerce "en el cuerpo, con el cuerpo. Lo importante es lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica"⁵

Durante largos años en sala de parto como enfermera adscrita al área de obstetricia, concuerdo perfectamente con las ideas de Foucault⁵ en relación al biopoder. El biopoder opera en las salas de partos sobre los cuerpos de las mujeres gestantes a fin de convertirlas en dóciles y sumisas, para que de esta manera, cumplan con los dictámenes y normas impuestas por la lógica institucional que son puestas en prácticas por médicos/as y enfermeras/os.

Expresión de este biopoder lo podemos ver claramente en este trozo de materia textual.

...el médico le mete la mano y extrae todo lo que sea, los residuos de los cotiledones que queden dentro de ese útero y hay que explicarle que eso hay que hacértelo porque si no te infectas te vas para tu casa y empiezas a sangrar y empieza a darte fiebre y entonces vas a tener que venir en ese momento, tú le vas explicando a ella le dices relájate cuando la doctora te vaya a meter la mano yo te digo, vas a respirar profundamente y lo vas botando suavemente, yo tengo una terapia que me ha dado mucho efecto los médicos cada vez que tienen una paciente aprensiva que no se deja hacer nada ellos me llaman, por el solo hecho de tu ponerle la mano encima, tocarla y decirle mira eso es para tu bien, el médico necesita examinarte, necesitamos saber qué es lo que está pasando trata de tranquilizarte entonces yo empiezo a hacerle la terapia desde la frente, afloja la frente, con estos tres dedos tú le das en la frente suavemente, afloja la frente, ahora te vas hacia los hombros afloja los hombros, déjalos caer en la camilla y después le dices que afloje el recto, ponlo flojito y deja tus nalgas pegadas del colchón y después que tú le haces eso le agarras la mano y le dices deja caer tus manos como si estuvieras desmayadita y las pacientes se han dejado... Quiere decir la paciente se siente apoyada es más colaboradora..." (Entrevistada5)

Este procedimiento descrito se denomina revisión uterina manual, el cual esta prohibido por las normas y protocolos internacionales y nacionales de atención al parto por ser un procedimiento doloroso que solo debe efectuarse bajo efectos de la anestesia. Realizarlo rutinariamente como se hace, lo convierte en un procedimiento violatorio de los derechos humanos de la mujer. Sin embargo, observamos en el texto el ejercicio del biopoder el cual encarna estrategias a fin de disciplinar y someter a la mujer. Lo que interesa es lograr

que ella renuncie voluntariamente a sí misma y se someta a los dictámenes de quienes ejercen el poder, anulando en gran medida las posibilidades de resistencia, de negación y de ejercicio de sus derechos. Cuando aparecen resistencias por parte de las mujeres, la violencia hace su aparición produciendo sentimientos de frustración, ira e impotencia.

El hospital se convierte por excelencia en el lugar donde se ejerce el biopoder además de constituirse en el "aparato de medicalización colectiva por excelencia"⁶

Al mando de esta medicalización colectiva existe toda una protocolización homogeneizadora y violenta. Todo este manualismo define modos de pensar, actuar, hablar, y hasta sentir... una especie de idiotización en masa que no permite tomar conciencia de lo trascendente que significa traer una nueva vida en el marco de la dignidad y el respeto.

Donde la mayoría de las personas pierden su capacidad y su voluntad de autosuficiencia y finalmente dejan de creer que sea factible la acción autónoma (...) El resultado es una sociedad moribunda que exige medicalización universal y una institución médica que certifica la morbilidad universal.⁷

Para la parturienta se traduce en órdenes que han de obedecer fielmente para poder recibir "atención", convirtiéndose en la mayoría de los casos en objetos del conocimiento y de una práctica que las cosifica y las medicaliza.

Desde que el parto y el nacimiento se institucionalizaron y son atendidos en los centros asistenciales, las mujeres están siendo sometidas a una cadena de procedimientos técnicos. Las mujeres internalizan en mayor o menor medida las normas biomédicas impuestas como normales Y naturales, pasando en muchas ocasiones a ser cómplices de su propia subordinación.⁸

Cuando las mujeres gestantes ingresan a las salas de partos hospitalarias públicas, paradójicamente dejan de ser humanas, pierden su identidad y pasan a ser pacientes es decir, consideradas como enfermas. La condición de pacientes implica una clara pérdida de autonomía, expropiadas de su cuerpo, víctimas de la relación saber- poder- sumisión. Bajo esta mirada, la mujer deja de ser protagonista de su proceso de parto y pasa a ser de sujeta activa a sujeta pasiva.

"... las mujeres allí no tienen decisión, no pueden elegir como parir..." (Entrevistada 1)

"Hay unas que llegan a parir y no opinan, ni hablan"
(Entrevistada 2)

"Deberían tomar decisiones pero acá no se les acepta..."
(Entrevistada 3)

"...no se les permite, no deciden como parir..."
(Entrevistada 4)

"... no se les permite, no se les da participación..."
(Entrevistada 5)

Dolorosamente, las mujeres sometidas a tal expropiación son víctimas de lo que se conoce como violencia obstétrica, viviendo la experiencia del parto como uno de los momentos más difíciles y estresantes de sus vidas.

Canevari⁹ enriquece el análisis incorporando aspectos relevantes para la reflexión.

Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de toma de decisiones, porque los conocimientos no les pertenecen. Ya no pueden retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre la enajenación se profundiza en tanto se le considera un objeto y porta sobre si una historia de discriminación desvalorización y violencia.

La mujer se convierte en un cuerpo que amerita cuidado, que a su vez es medicalizado e intervenido. Un objeto al que se le aparta de sus vínculos afectivos y sociales.

En ese momento en que tu estas pariendo, que es lo que tú quieres? Tú quieres tener allí a tus familiares...En cambio en las salas de partos de nuestros hospitales que hacemos? La mujer entra y ni siquiera el bolso, nada, es quedarse sola con personas extrañas. (Entrevistada 1)

Cuando entras a la sala de partos no tienes familiar; tienes es a un extraño.... (Entrevistada 2)

Llega a sala de partos y esta presa, de allí no tiene más contacto, sino dentro de 2 o 3 horas después de haber parido o si le han hecho cesárea (entrevistada 3)

Ellas se sienten desamparadas sin sus familiares... esta allí con incertidumbre de que va a pasar con ella.... (Entrevistada 4)

En la sala de partos no pueden estar los familiares... las normas del hospital no lo permiten. . (Entrevistada 5)

Las mujeres en las frías y deshumanizadas salas partos de nuestros hospitales, son alejadas y separadas de su entorno afectivo y familiar es decir paren solas.

Cuando nos referimos a solas, hacemos referencia a la falta de compañía de alguien cercano: su pareja, un familiar o un amigo/a que puedan brindar apoyo afectivo a la hora de atravesar uno de los momentos más exigentes y significativos de la vida. Podríamos decir que a la gran mayoría, les hubiera gustado estar acompañadas en ese momento, pero no fueron consultadas o no fueron autorizadas para tal fin por los centros de salud en donde parieron. Toda esta realidad se produce como consecuencia de la institucionalización del parto que fractura el derecho más elemental de la mujer, parir en un lugar donde la atención este enfocada en sus necesidades y con absoluto respeto a sus decisiones.

En Venezuela, los partos de las mujeres en soledad contravienen la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva¹⁰ y el Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud del Estado Venezolano. En estos marcos regulatorios, se establecen las conductas a seguir en el tratamiento o plan terapéutico de la gestante en el periodo de dilatación, donde se establece que se debe pasar a la parturienta a la sala de trabajo *"las salas de partos individuales, de forma que se permitan a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de su elección y mantener la intimidad del momento"*¹¹

Estas regulaciones se cumplen raras veces, en los centros de salud privados donde no se niega a la mujer el derecho básico de parir acompañada pero tampoco se dan las facilidades. Un dato interesante a destacar, se refiere a la conducta asumida por médicos/as quienes se desempeñan tanto en lo público como en lo privado. En lo público, asumen conductas violentas hacia la mujer, en lo privado, son más condescendientes, afectivos, pacientes.

Estas contradicciones demuestran una profunda indiferencia por parte de los/as profesionales, que prestan asistencia a las mujeres que paren en las maternidades públicas de nuestro país quienes en su gran mayoría; son las que más sufren carencias y desprotección por pertenecer a los estratos sociales más deprivados socialmente.

Esta situación de indefensión, obliga a las mujeres a subordinarse de manera tal que, permanecen obedientes a las normas establecidas en el territorio

hospitalario a cambio de recibir "atención". Sin lugar a dudas, la obstetricia ha domesticado a las mujeres y se ha posicionado frente a la pasividad femenina donde la violencia hacia la mujer, se hace cotidiana y por consiguiente es naturalizada en los imaginarios.

*En el territorio hospitalario existe una relación de poder entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben, relación desigual donde la institución aplica sus normas y donde tanto los profesionales tienen el mandato de aceptarlos, pues el objeto de la ciencia médica está centrado en los cuerpos, sus representaciones y sus prácticas. Las instituciones médicas desde su enseñanza a la atención están estructuradas jerárquicamente y esto las expone a permanente situaciones de ejercicio de la violencia. El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías.*⁹

Las ciencias de la salud siguen retroalimentando, manteniendo y fortaleciendo el modelo biomédico en los espacios académicos; llegando a constituirse en el eje principal bajo el cual los/as profesionales de la salud médicos/cas, enfermeras/os, en sus procesos de formación académica tanto de pre grado como en postgrado, adquieren una ideología guiada bajo el paradigma biologicista, positivista, científicista y objetivista. Paradigma que se articula en un saber técnico sobre el cuerpo, conceptualizándolo bajo la mirada anatopatológica y, dejando de lado a las mujeres con su carga psico afectiva y su equipaje experiencial.

El modelo de formación biomédica, impuso un sistema académico el cual considera que otras formas de atención derivadas del saber del sentido común; son extrañas y no aceptadas por el saber tecno- científico. Dentro de estas exclusiones estuvo el saber ancestral de las parteras.

*"La ciencia médica occidental establece sus dogmas de forma tal que toda aquella práctica médica que no siga sus doctrinas al pie de la letra es excluida, es heterodoxa, irracional y anticientífica".*¹² La partería al no cumplir con estos preceptos impuestos por la ciencia, motivo al poder científico a excluirla de la institucionalidad trasladándose el momento del parto del hogar, a la institucionalidad hospitalaria. De esta forma, se alejó al parto del contacto con lo afectivo legitimándose una práctica intervencionista y reduccionista donde la mujer, es convertida en objeto de la ciencia obstétrica ciencia que redefinió la atención del parto y el nacimiento.

Al trasladarse el momento del parto del hogar a las salas de parto hospitalarias, se hizo obligatorio formar a las mujeres que ejercían partería y el único espacio que encontraron en el sistema sanitario fue el rol de enfermeras. Fueron formadas con una visión medicalizada proporcionándoles una atención tecno científica perdiéndose por completo la esencia del cuidador.

"La racionalidad tecnológica orientada por el modelo biomédico, es hegemónica en las prácticas asistenciales... dificultando la identidad profesional, es decir la formación del ser cuidador".¹³

Las enfermeras entrevistadas precisaron la orientación que ha guiado su formación:

...La formación es hacia lo técnico... Cuando estas en pregrado te enseñan sobre como es el proceso de trabajo de parto... Bueno te enseñan que dos más dos son cuatro que el trabajo de parto es así y así y de debe llevar así y así y o así pare y desde el punto de vista fisiológico es así... sin importar la parte emocional, sin importar la calidez humana... (Entrevistada 1)

... tenemos el deber ser de la atención al parto... tenemos la parte teórica... la vimos en clases que nos dan cuales son las etapa del trabajo de parto, vemos los tratamientos, los cambios fisiológicos que se van sucediendo en cada etapa... (Entrevistada 2)

...el conocimiento lo tienen, la verdad que no sé porque actúan así... ellas tienen conocimiento del cuidado humano de enfermería, si tú tienes conocimiento de ese cuidado y tu estas allí con la finalidad para ayudar a esa paciente de ayudar ese usuario, ayudar a ese cliente a minimizar sus problemas, porque no participan? Porque no lo hacen? la formación tiene que ver... Va a depender del docente que te imparta el conocimiento y de tu interés, pero la parte humana, tiene que reinar en todas partes... te digo está bien que cuando nos formaron no nos hayan formado de esa manera, pero tú tienes cada día que actualizarte, que prepararte, tienes cada día que estudiar y el razonamiento científico el para qué y por qué de las cosas y tratar de ser mejores, la parte humana, la parte humana tiene que estar en todo...(entrevista 3)

Nosotras la mayoría que estudiamos nos quedamos con el conocimiento que nos dan...pero si tú tienes esos conocimientos... Te enseñan las herramientas y las técnicas, lo humano te lo haces tú, la calidad humana depende de cada quien. (Entrevista 4)

...allí se pueden aplicar todas las técnicas y procedimientos que nosotras hemos aprendido... tú te sientes un ser tan útil que tú puedes aplicar todos esos procedimientos que aprendiste en la universidad atendiendo a una parturienta, porque atiendes a la madre y atiendes a su hijo. (entrevista 5)

En la superficie textual, queda claro el modelo de formación. Si revisamos la malla curricular de la Universidad Rómulo Gallegos, institución académica donde se formaron las enfermeras que participaron en la investigación; podemos hacer algunos señalamientos claves para poder rastrear la semiosis social desplegada.

Al hacer lectura de la misión del programa de formación, encontramos los primeros indicios del modelo biomédico al mostrarnos que la Mención Obstetricia de esta maestría.

..... está comprometida con la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica, la promoción de factores protectores y estilos de vida saludable, así como, la participación social y la detección de factores de riesgo expresada en la disminución de la morbimortalidad de la población objeto. Además reconoce los derechos reproductivos con una perspectiva de género, cuidando las necesidades de salud sexual y reproductiva de las embarazadas..."¹⁴

En la justificación queda bien clara la base epistémica que lo sustenta.

... formar profesionales de enfermería de cuarto nivel en Obstetricia con conocimientos... para identificar, detectar y diagnosticar los problemas que surjan en las diversas áreas y niveles de atención; tomar decisiones oportunas, pertinentes y efectivas, y, por último, realizar investigaciones inducidas a la solución de los problemas en la práctica profesional, de tal forma que se logren los cambios esperados....¹⁴

En el perfil del programa de maestría en enfermería materno infantil mención obstetricia, la orientación tecnocrática es claramente visibilizada:

- Una enfermera capacitada para aplicar métodos, modelos y técnicas para la solución de los problemas prioritarios de salud materno-infantil que presente su área de influencia a nivel regional.

- Una enfermera capaz de actuar eficientemente ante los cambios constantes que se suceden en lo tecnológico, en lo humano y en lo científico, para ponerlos al servicio del país.

- Una enfermera con capacidad para tomar decisiones y resolver problemas de manera independiente ante los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en enfermería materno-infantil.

- Una enfermera que maneje los fundamentos teóricos y prácticos relacionados con el área específica de materno-infantil.

- Una enfermera que domine la técnica e instrumento correspondientes a su mención y el manejo de las fuentes de información y el vocabulario técnico.

- Una enfermera que desarrolle habilidad para resolver los problemas por medio de las etapas del proceso enfermero y del proceso administrativo.

- Una enfermera que sea capaz de poner en práctica los conocimientos adquiridos de la investigación, a través de las fases del proceso científico.

- Una enfermera con capacidad de transformar el conocimiento obtenido con la investigación, en un protocolo de cuidado que se utilizará en los diferentes niveles de atención para demostrar las bases científicas de la práctica enfermera.

Finalmente, analizar el pensum de estudios permitió concretar el discurso en la acción quedando bien precisadas las coordenadas ideológicas que sustentan el modelo de formación de las enfermeras a nivel de post grado. Se muestra una clara visión biologicista desconectada de factores socio históricos, ecológicos, de género, socio culturales, con una ausencia total de aspectos relacionados con la ética del cuidado. Por otra parte, es interesante resaltar que en la misión se hace referencia a una formación donde la perspectiva de género, se asume como variable transversal. Sin embargo, en los programas no existe tal transversalización lo que deviene en un mero discurso. Sin lugar a dudas, una evidente distancia entre la igualdad de jure y la igualdad de facto.

Pensum de Estudios:

Trimestre	Materia
I	- Salud, Enfermería y Educación en el Contexto Histórico Nacional - Políticas de Salud en el Contexto del Cuidado Humano - Epidemiología - Proyecto
II	- Fisiopatología Obstétrica Materno-Fetal - Enfermería Obstétrica I - Proyecto II
III	- Enfermería Obstétrica II - Proyecto III - Electiva I
IV	- Enfermería Obstétrica III - Enfoque de Riesgo - Nutrición
V	- Electiva II - Seminario de Trabajo de Grado
VI	- Trabajo de Grado

Materias Electivas

- Rol del Docente
- Formulación de Estándares de Enfermería
- Formulación de Proyectos para la Prosecución de la Salud Familiar
- Dilemas Éticos y/o Bioética

Curso Introductorio

- Epistemología y Proceso del Cuidado en Enfermería.
 - Estadística Aplicada a la Salud.
 - Metodología de la Investigación Aplicada a Enfermería Obstétrica.
-

Sería un grave error, no hacer referencia a una de las unidades curriculares como lo es obstetricia II. Unidad que dentro de la malla curricular, está focalizada al cuidado de enfermería en el trabajo de parto; quedando claro en la descripción del curso, la visión biologicista, medicalizada, patologizada del proceso de parto y por si fuera poco, se evidencia la cosificación de la mujer como protagonista de un proceso que por derecho le pertenece. Lo que se traduce en una visión de atención al parto totalmente desvinculada de las directrices que en materia de salud sexual y reproductiva han sido normadas, no solamente en el ámbito internacional sino dentro de la geografía nacional.

Unidad Curricular Obstetricia II, esta descrita como una unidad orientada a la comprensión de los eventos que intervienen en el trabajo de parto, los factores que afectan la dilatación y el parto, el trabajo de parto, el mecanismo de parto, las etapas de trabajo de parto, los cambios fisiológicos durante el trabajo de parto, el proceso enfermero en cada una de sus etapas como método de trabajo para organizar conductas cuidantes; así como los cuidados inmediatos al recién nacido, el establecimiento del vínculo afectivo y los cuidados en el post-parto inmediato.

La Unidad I referida al proceso de parto normal, tiene señalada como Competencia: Reconoce el trabajo de parto e identifica el riesgo para organizar intervenciones que faciliten el nacimiento a través del proceso de cuidado con énfasis en la valoración.

Contenido a desarrollar en esta Unidad:

- Parto y trabajo de parto: Conceptos; Eventos previos al trabajo de parto.
- Factores intervinientes en el proceso de parto.
- Medicamentos útero- inhibidores El trabajo de parto y sus mecanismos.
- Etapas del trabajo de parto: dilatación, expulsión, desprendimiento, recuperación.

La academia al no cuestionar el modelo, lo reproduce ad infinitum sedimentando en el imaginario unas representaciones sociales que imposibilitan en el personal de enfermería ver el proceso parto y nacimiento desde una perspectiva desmedicalizada. Por otra parte, se hace difícil concienciar a este personal en relación a la violencia que el modelo porta en su seno. Situación esta que ha devenido en una naturalización de la

violencia obstétrica en las salas de partos. En la malla curricular este es un tema totalmente obviado.

Se hace oportuno señalar que a pesar de la formación tecnocrática, las enfermeras entrevistadas manifestaron inquietud frente al modelo patologizador:

"Para nada sirve el conocimiento si tú no te entregas a lo que estás haciendo, falta mucho de eso, no hay conexión con ese ser humano que está allí, en la medida que nosotras tengamos empatía cambiaremos el norte o el rumbo de lo que es el cuidado a esa parturienta." (Entrevistada 1)

"En mi grupo de maestría que estamos sensibilizados que hacemos cada día una lucha, porque la gran mayoría son un desastre total." (Entrevistada 2)

"La sala de partos es un desastre, tú no puedes ni cuidar el pudor de las pacientes...Me gustaría que existiera una sala de partos diferente, donde las mujeres pudieran estar acompañadas, pudieran elegir como parir... Que se respeten los valores, pero aquí falta mucha cultura para eso." (Entrevistada 3)

"La coordinadora de esa sala de partos hacia la maestría conmigo y ella me dijo que ella sola no podía, que una sola golondrina no hace verano."(Entrevistada 4)

"Ha sido difícil hacer un cambio, verdaderamente difícil, tus compañeras no te apoyan. Lo que se ve es que hay que salir rápido de esto, porque allá fuera hay muchas pacientes." (Entrevistada 5)

Dilemas que permiten comprender como el modelo hegemónico cuenta con muy buena salud, impidiendo concretar una praxis más humanizada, más integral e integradora. El personal termina en desesperanza y apatía.

Caneveri⁹ frente a estas confrontaciones entre el ser y el deber ser nos aclara el rumbo:

Esto no significa que no vean las condiciones de trabajo y la violencia que viven los/as profesionales en tanto victimarios y víctimas. También las tensiones que se generan entre lo instituido y lo instituyente: lo instituido entendido como aquellas representaciones y prácticas que dentro de una institución tienden a permanecer, a repetirse y a aparecer como naturales, dando cohesión y continuidad. Lo instituyente es aquello que empuja para transformar lo instituido, buscando las grietas y contradicciones, entre aquellas personas que impulsan transformaciones y aquellas que se resisten.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Ante la supremacía del modelo biomédico en la atención al parto y al nacimiento, que cosifica y expropia

a las mujeres de sus procesos reproductivos, se hace necesario la construcción de un modelo holístico de atención al parto, integral e integrador, que permita devolverles a las mujeres el protagonismo que por naturaleza les pertenece.

El nuevo modelo de atención al parto que se desprende de las reflexiones aportadas por los discursos de las enfermeras entrevistadas, quienes nos permitieron visibilizar las representaciones construidas en torno al tema en referencia, permitió aproximarnos a una serie de recomendaciones las cuales son un insumo de gran importancia para ir impactando esa red de simbolizaciones que sobre el parto y el nacimiento reproducen las enfermeras, la academia y la institucionalidad hospitalaria.

Dar cumplimiento a la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, específicamente en las funciones atribuidas al Ministerio de Educación Superior, contenidas en el Capítulo IV, Artículo 25 la cual expresa:

"El ministerio con competencia en materia de educación superior desarrollara acciones para transversalizar los planes con la perspectiva de género y tomará las medidas necesarias para eliminar de los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación. Así mismo, tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de violencia basada en el género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia".¹⁵

El cumplimiento de este artículo de la ley es una puerta que permitirá la fractura del modelo médico hegemónico y del modelo patriarcal que impera en el ámbito académico universitario, lo cual, pasa por repensar el sistema representacional que funciona como un magma ideológico que todo lo cosifica. Modelo que se ha convertido en un gran obstáculo epistemológico en la formación de profesionales de enfermería, que no cuestiona el modelo sino que tiende a reproducirlo, y en consecuencia se perpetúa en la formación de profesionales operando como un cemento del sentido que no permite concienciar la praxis. De lo que se trata es de reformar lo que existe en aras de una formación

con un profundo contenido ético, donde el desarrollo del ser y del convivir estén en armonía y equilibrio con el saber y el conocer. Una nueva sensorialidad matizada por una acción comunicativa humanística, crítico-reflexiva, transdisciplinaria y transformativa, indispensables para una nueva lectura hermenéutica género sensitiva en la atención al parto y al nacimiento.

Dar cumplimiento a la Norma Oficial sobre la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva donde se expresa claramente la necesidad de incorporar el género como eje transversal en la atención hospitalaria para enfrentar el determinismo biológico y la visión patriarcal que se tiene sobre las mujeres, su cuerpo y sus procesos reproductivos.

Dejar de seguir considerando a la mujer gestante y parturienta como un cuerpo enfermo, reducido a meros fenómenos biológicos. De esta manera, se puede trascender la patologización y medicalización del parto y el nacimiento los cuales gozan de muy buena salud tanto en la academia como en los centros hospitalarios.

Abordar los procesos reproductivos de las mujeres desde una perspectiva género-sensitiva que permita mirar al cuerpo de las mujeres no como máquinas productoras y reproductoras de niños/as, sino como sujetas de derecho. La perspectiva de género permite visibilizar sus vivencias, sus voces silenciadas por años de sumisión, exclusión, y expropiación tanto de su cuerpo, sus conocimientos, y sus subjetividades.

Abordar lo subjetivo en torno al parto y al nacimiento, para contribuir a fracturar el régimen de representaciones sociales donde se les construye desde una visión morbicentrista, contribuyendo a brindar una experiencia más humana y respetada de estos importantes momentos en la vida de las mujeres.

Finalmente, pensar en la dignificación del parto y el nacimiento, pasa por la dignificación de la enfermera como profesional. Mientras el modelo biomédico hegemónico siga constituyéndose en el norte de la formación, va a ser muy difícil lograr la tan ansiada autonomía profesional de las profesionales de la enfermería y por ende la recuperación de su ser en relación de sororidad. Claves ideológicas fundamentales para quebrar la relación saber-poder-sumisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Brusco, A. Humanización de la Asistencia al enfermo. Salamanca. Editorial Sal Tarre.1998.
- 2) Capra, F. El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Buenos Aires. Argentina: Troquel.1992; 155.
- 3) Fernández, R. El efecto perdido. En: Perdiguero E. y Comelles J. (eds.).Medicina Cultural: Estudios entre la Antropología y la medicina. Barcelona. Ediciones Bellaterra. 2000; 9.
- 4) Martínez, M. Comportamiento Humano: Nuevas formas de Investigacion.2ª ed. México: Trillas. 2011; 119.
- 5) Foucault, M. Historia de la sexualidad. Tomo 1. La voluntad de saber. México. Siglo XXI. 1977-, 168-169.
- 6) Salinas, A. La semántica biopolítica. Foucault sus recepciones. Cenaltes Ediciones. Viña de Mar, Chile. 2014; 29.
- 7) Illich, I. Némesis Médica. La expropiación de la salud. Barral Editores. Barcelona. España.1975; 72-75.
- 8) Sadler, M. Así me nacieron mis hijas. Aportes Antropológicos para un análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de Antropóloga. Chile. 2003.
- 9) Canevari, C. Cuerpos enajenados. Experiencia de mujeres en una maternidad pública.1ª ed. Santiago del Estero. Barco Edita. Facultad de Humanidades y ciencias Sociales y Salud y UNSE. Argentina. 2011-, 7.
- 10) Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela. 2013.
- 11) Protocolos de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas. Venezuela.2014; 7.
- 12) Nieto, J. Algunos aspectos culturales de las enfermedades y de la medicina. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Nº 22. 1983; 123.
- 13) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Orientaciones para la Educación Inicial de Enfermería en la Américas: hacia el 2020. Documento en elaboración. Washington. 2007.
- 14) Universidad Rómulo Gallegos. Rediseño de la Maestría en Ciencias de la Enfermería Materno Infantil Mención Obstetricia. Aprobado por el Consejo Universitario 2006-08-636 de fecha 17-05-2006. [Documento]. San Juan de los Morros, Venezuela.
- 15) Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial Número 38.647. República Bolivariana de Venezuela. 2007