



Trabajo y Sociedad

Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias

NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

Nº 27, Invierno 2016, Santiago del Estero, Argentina

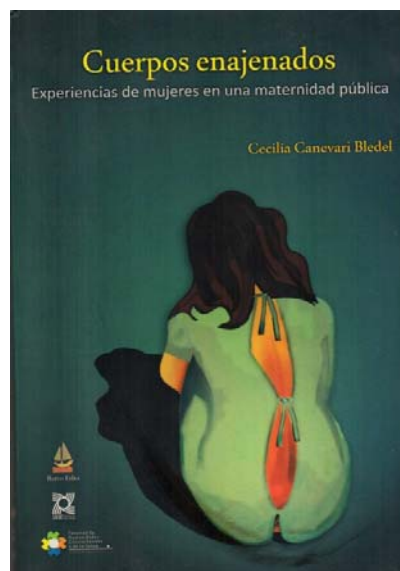
ISSN 1514-6871 - www.unse.edu.ar/trabajosociedad



Parir en el hospital. Un territorio de relaciones desiguales y de poder

Reseña de *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, de Cecilia Canevari Bledel, 1ª ed. Santiago del Estero: Barco edita, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud; UNSE. 2011. ISBN 978-978-9447-14-7, 168 páginas.

Priscila BADILLO ROMERO*



Cuerpos enajenados explora las relaciones que se establecen entre las mujeres que concurren a una maternidad pública en Santiago del Estero, buscando asistencia para un parto o un aborto incompleto y las personas profesionales de la salud que son funcionarios/as del Estado. El análisis se centra en las relaciones de poder, las expresiones de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres por parte de las prácticas médicas y el acceso a los derechos, en un contexto de desigualdades sociales que ordenan dichas relaciones. La autora es Doctora por la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) con orientación en género, Magister en Género (UNR), Lic. en Enfermería (UBA). Es investigadora del INDES, coordinadora del Grupo Géneros, Política y Derechos, y docente de Metodología de la Investigación y Seminario de género, en las carreras de Obstetricia y Enfermería de la FHCSyS-UNSE, además de activista feminista. Esta obra presenta

* Becaria doctoral del CONICET. Investigadora del Grupo Géneros, política y derechos en INDES-UNSE. Correo: pribaro@gmail.com

su tesis para la obtención de su título de magister y recoge la experiencia de su investigación realizada entre 2005–2009 en el marco del proyecto *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*, institucionalizado y financiado por el Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. La investigación centra su escenario en el principal hospital público de alcance territorial, en la provincia de Santiago del Estero.

Como profesional de la salud, leer las experiencias de las mujeres que representan prácticas de violencia, es impactante e inquietante. Suele ser difícil identificar la violencia porque es invisible, porque está naturalizada, convivimos con ella diariamente, es cotidiana. Y cuando se reconoce finalmente, se busca justificar de distintos modos: por el contexto, por las condiciones de trabajo, por la historia, etc. El parto normal es un evento intrahospitalario que fue transportado desde el ámbito familiar hacia el institucional, convirtiendo lo natural en enfermedad, intervenido con tecnología y medicamentos. Allí, se hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos, es decir, el conocimiento autorizado con el más alto poder y legitimidad que focaliza los aspectos fisiológicos por sobre los psico-sociales. Esto significa que el parto se transformó en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer.

Tal como describe la autora, en este espacio institucional conviven diferentes modelos de atención y existe una pugna de paradigmas. Lo biomédico y tecnocrático se confronta con un modelo más humanista basado en derechos. Cuando un/una profesional, busca la incorporación de modelos de atención innovadores y centrados en los derechos de las mujeres y su entorno, con frecuencia surgen críticas, bromas y chistes despectivos. No está bien visto ser sensible y preocuparse por brindar cuidados de calidad, ya que se asocia a la subjetividad y a la falta de carácter.

En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, por lo que mantener una rutina de trabajo les da a los/las profesionales la sensación de seguridad, confianza y mantienen los temores propios bajo control y les asegura una supuesta eficacia del trabajo y un “guardarse las espaldas” frente a cualquier situación. Sin embargo, estas prioridades personales se ubican por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres, pero sobre todo por encima de sus derechos. De un modo circular, al instituirse estas prioridades, esto lleva a una mayor resistencia a nuevas prácticas y a la incorporación de acciones que se acerquen a un modelo humanizado en la atención. El embarazo de una mujer y el nacimiento de un/a niño/a son tomados hoy como procesos muy frecuentes y cotidianos, tanto que pareciera que se ha dejado de ver, de sentir y de reflexionar.

Realizando un recorrido por el libro, en la primera parte, resulta muy útil el auto-socioanálisis bourdiano que practica la autora, en tanto su formación como enfermera (y posteriormente como investigadora social) le permite reflexionar sobre su propio aspecto formativo, en tanto varios miembros de su familia se relacionan directamente con el ámbito de la medicina.

La autora hace referencia al concepto utilizado en el título del libro, la *enajenación*, explicando cómo las mujeres al cruzar la puerta del hospital, se sumergen en un sistema institucional que la etiquetan como pacientes, quienes son enajenadas de su mundo social, subordinadas y tuteladas. Su cuerpo pasa a ser un objeto de estudio para los/las profesionales, y se ejecutan generalmente prácticas de rutina aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, que adquieren un carácter negativo y muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres, tal como señala la Ley Nacional N°26485¹ al definir la *violencia*

¹ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue aprobada el 25 de noviembre 2006 por la Asamblea Nacional y publicada el 19 de marzo 2007 por la gaceta oficial N° 38.647. En su artículo 51 señala que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2.

obstétrica. Estas prácticas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. La violencia, menciona Canevari,

“está presente en todas las relaciones sociales y se encuentra institucionalizada. Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvalorizaciones o de manera cruel, como la violencia física. La complejidad de este fenómeno está dada también porque en el mismo intervienen no solamente cuestiones sociales y culturales aprendidas sino también percepciones y valoraciones personales” (2011:16).

La autora explica que en el territorio del hospital la relación entre los/las profesionales y las mujeres, es una relación desigual, y utiliza las teorías de género para analizar desde esta perspectiva estas relaciones de poder/dominación que se establecen entre las personas, en tanto seres sexuados/as. Allí, lo femenino y lo masculino operan como representaciones sociales dicotómicas, lo femenino queda vinculado a la subjetividad, a la naturaleza y a las emociones; y lo masculino a la objetividad, la cultura y la inteligencia.

Posteriormente, en el segundo capítulo, realiza una descripción general de la estructura sanitaria de la provincia de Santiago del Estero, del hospital y del servicio de Maternidad en particular; los agentes que allí intervienen y las relaciones que establecen entre sí. Muestra a una institución bastante compleja. El servicio es, por su magnitud, una institución dentro de otra, dado que es el centro de derivaciones más importante de la provincia y con servicios de mayor complejidad. La autora resalta la heterogeneidad de las personas que trabajan en la maternidad en su formación, en sus criterios de trabajo, de dependencia a diferentes autoridades, en sus orígenes y pertenencias. Todos organizados jerárquicamente, donde la subordinación está ligada al saber y el poder del médico/a, que se sustenta en una construcción histórica y cultural, vinculada estrechamente a cuestiones de género, ya que las profesiones menos jerarquizadas (obstetricia y enfermería) están asociadas a lo femenino. Por lo que, las disputas de poder por el saber y por la distribución del trabajo, hacen que los objetivos de la atención se distraigan. La autora menciona que, “este personal representa la bisagra que articula la relación del Estado con la ciudadanía, son la cara visible del Estado, por lo que deben dar respuestas a las necesidades y a las demandas, muchas veces en condiciones de trabajo desfavorables, limitaciones en la estructura, el equipamiento, o con escasez de insumos o de los mismos recursos humanos”. Entonces se enfrentan al conflicto por recibir las demandas de las usuarias y las dificultades para poder satisfacerlas, lo que genera situaciones estresantes y de malestar para ambas partes.

En el tercer capítulo, Canevari analiza las experiencias de las mujeres en proceso de atención hospitalaria y los registros que ellas tienen. En sus relatos se muestra el miedo al parto generalizado, sustentado por la incertidumbre, la soledad, la desinformación o por sus anteriores experiencias; “el miedo y la soledad son una combinación perfecta que expone a las mujeres a un estado de gran vulnerabilidad, que las deja indefensas ante las situaciones de violencia” (Canevari; 2011:54). Fueron recurrentes los relatos con una tendencia de transferencia de la culpa, en donde son frecuentes los retos que se les da a las mujeres que no hacen lo que se espera que hagan, las que “no se portan bien”. Se las culpa de los problemas, incidentes, complicaciones

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

que hubiera durante su internación. También existe una desvalorización de los saberes, las percepciones y experiencias referidas por las mujeres de su propio cuerpo, y los/las profesionales las tutelan asegurando saber lo que es mejor para la persona que están asistiendo. La mujer pierde identidad, nadie la llama por su nombre, no se le informa amablemente sobre el desarrollo del parto, y por supuesto no puede gritar sin ser “retada”. En este contexto, la mayoría de los partos son inducidos. Es decir, son deliberadamente acelerados o retrasados según la disponibilidad de los horarios del personal. Reconociendo que dichas acciones no obedecen a los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de los Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (N° 25.929, 2004).

Más adelante, en el cuarto capítulo, la autora explora la mirada que tienen los/las profesionales de las mujeres que asisten, junto con algunas dificultades institucionales que se presentan y obstaculizan la posibilidad de ofrecer cuidados de calidad. Indica la existencia de fronteras institucionales marcadas: hay un *adentro* que es el espacio de protección y complicidad y un *afuera* que representa a la otredad y a una amenaza. Existe un recurrente temor de un juicio de mala praxis, por lo que ese espacio interno opera como contención, un “cubrirse las espaldas” y mantener en silencio los errores cometidos. Es así como las mujeres y sus familias se presentan como una amenaza, una desconfianza, basada en las diferencias de clase. Estas brechas de clase, interponen dificultades para el diálogo y surgen resentimientos por la inseguridad, que se expresaron en una incomprensión del fenómeno de la pobreza, con la tendencia a culpabilizar al propio pobre como responsable de su condición. Canevari refiere que, en esta relación entre proveedores/as y usuarias, también opera una dinámica de dominación en donde se subordina a las mujeres y se espera que ellas sean obedientes, se porten bien y sean buenas madres. Los *ideales de maternidad* son a menudo transgredidos por las mujeres que no desean ser madres: las mujeres han decidido interrumpir un embarazo (las cuales son especialmente víctimas de la violencia) o aquellas que cuando llegan al parto expresan -en ese momento crítico, y de diferentes maneras- su malestar; “no lo agarran, no lo abrazan, no lo quiero ver ni tocar”. El personal por lo general no registra que esa maternidad no ha sido deseada, ni planeada o incluso producto de una violación, que puede generar un trauma. De algún modo, desarrollan cierta incapacidad de comprender las condiciones de vida de las mujeres y las problemáticas asociadas a las mismas, sin considerar las dificultades de ser autónomas a la hora de ejercer sus elecciones reproductivas.

En el capítulo cinco, la autora centra su mirada la relación desigual entre los/las profesionales y las mujeres usuarias, que se evidencia en la comunicación ineficiente en el acompañamiento negado, los tiempos largos de espera, etc. La comunicación verbal desde los/las profesionales hacia las usuarias es para interrogar o para dar instrucciones prácticas respecto a lo que deben hacer o no. Se observa una despersonalización o uso de palabras como gordita, mamita, mami que expresa una *infantilización* de las mujeres, marcando una distancia de poder. Las largas esperas para acceder a una consulta y sobretodo en la atención para legrados reflejan un disciplinamiento: quien detenta el poder, puede hacer esperar; quien se encuentra subordinado, debe tener la paciencia de la espera.

Luego, en el capítulo seis, la autora analiza la construcción social de los cuerpos y la sexualidad y algunos dispositivos de los mecanismos de control que el patriarcado en general y la medicina en particular, ejercen sobre las mujeres y sus cuerpos. El patriarcado como forma de organización social y basamento histórico para el ordenamiento de la sociedad, está en la matriz de todas las instituciones y modela las representaciones y las relaciones sociales. Los cuerpos de las mujeres son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica (y real) para su control. El patriarcado como un sistema que marca las diferencias entre los varones y las mujeres y jerarquiza lo masculino sobre lo femenino, modela las ideas, las normas sociales, las instituciones sociales y las prácticas.

En los últimos años, surge una fuerte tendencia a la *molecularización* y la *medicalización* en investigaciones y prácticas de la medicina. Influenciada por una creciente industria farmacológica

que responde al modelo capitalista, la atención del nacimiento se ha adaptado también a este nuevo orden que prioriza la tecnología y la medicalización, lo cual transforma un evento natural en uno de intervención humana, con reglas que le adjudican carácter científico. Desde la formación académica de los/las profesionales, frecuentemente se priorizan los conocimientos biológicos sobre los humanísticos, con un fuerte enfoque positivista, con la intención de buscar la distancia y aplicar una metodología de atención que concibe la objetividad entre el sujeto y su objeto, a partir de este distanciamiento, lo que se ve reflejado en los relatos de las mujeres entrevistadas por la autora.

En el capítulo siete, Canevari analiza algunos impedimentos en torno a la eficacia de leyes que garantizan derechos a las mujeres y que se encuentran vigentes. La medicina ha creado una imagen de las mujeres como no aptas para valerse por sí mismas o para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, por lo que busca protegerlas tutelarmente. La idea del tutelaje, está relacionada con la de la moral única, y frecuente se cae en el error de trasladar los propios valores morales a las personas a quienes se aconseja, atiende o cuida. Existen varias cuestiones que pueden obstaculizar la efectiva y completa aplicación de una ley; el desconocimiento mismo de la ley, las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud; sus intereses en el marco de su desempeño en el sector privado en contraste con el que desarrolla –un mismo profesional– en el sector público; su apego a ciertas prácticas del modelo asistencial vigente.

Finalmente, la autora presenta un capítulo con algunas conclusiones y recomendaciones para la transformación de las prácticas. Apunta que las mujeres son vulnerables no solamente por la carencia de autoconciencia de los propios derechos sino también por la tensión emocional en la que encuentran en el momento del parto. La libertad de las mujeres, la autonomía sobre el territorio corporal frente al modelo médico hegemónico como red corporativa y patriarcal, representa una amenaza. El desafío entonces es una transformación ética de las prácticas. Mientras no se reconozca a las mujeres en tanto *sujetas de derechos* y la soberanía sobre su territorio más elemental que es su propio cuerpo, no se revertirá la situación.

Canevari afirma también que, para lograr transformaciones en este sentido son necesarios esfuerzos de reflexión, análisis, vigilancia y deconstrucción de los aprendizajes. La meta es trabajar en/hacia nuevas relaciones contractuales y desaprender las prácticas institucionalizadas e internalizadas.