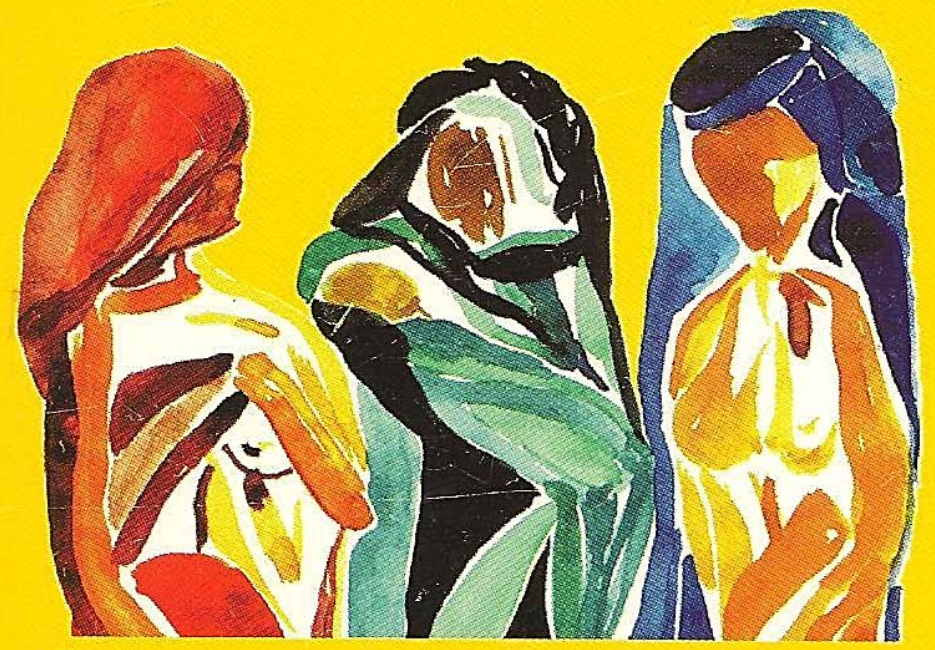
Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación y Estudios de Género
"Bellacarla Jirón Camacaro"
Núcleo Aragua

Bellacarla Jirón Camacaro
UIEG
Unidad de Investigación y Estudios de Género



La experiencia del Parto
Proceso de la mujer o acto médico

Marbella Camacaro

ISBN: 980-233-241-0 - DEPOSITO LEGAL: Lf5532000610487

“EXPERIENCIA DEL PARTO”

Proceso de la Mujer o Acto Médico

Autora: Marbella Camacaro Cuevas

Copyright 2000
Publicaciones CDCH-UC
Hecho el Depósito de Ley
Depósito Legal: lf5532000610487
ISBN: 978-980-233-241-0

Unidad de Investigación y Estudios de Género
“Bellacarla Jirón Camacaro”

Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua
Universidad de Carabobo

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

BELLACARLA

Elevo mis brazos
tropiezo con la inmensidad del espacio
con ausencia de lo tangible,
no te alcanzo
ay, Bella, entonces
rodeo mi vientre, me sumerjo en mis entrañas,
y tú ahí, pura certeza
Eres verdad, eres amiga,
eres médica, eres mujer
... y mi hija eterna

Tabla de Contenido

I. El Problema. **ÚTEROS MALTRECHOS, PARTOS EN SOLEDAD** .....

1.1. Delimitación del problema. **TRANSITANDO UN LUGAR ALTERNATIVO Y TROPEZANDO CON LAS PIEDRAS DEL SABER DOMINANTE** .....

1.2. Precisión del problema. **¿QUÉ DICEN LAS MUJERES QUE VIVIERON UN PARTO NATURAL Y SOBREVIVIERON AL PARTO MEDICALIZADO?** .....

1.3. Objetivos. **APRENDIDENDO DE LAS SOBREVIVIENTES AL PARTO MEDICALIZADO, RESCATADAS POR EL PARTO NATURAL** .....

1.4. Otros propósitos involucrados en la investigación. **DESPERTANDO COMO CONOCIMIENTO CIENTÍFICO LA PALABRA, LO SUBJETIVO, LO VIVIDO** .....

1.5. Importancia del estudio. **¡EPA! LAS MUJERES SOMOS LA MITAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO** .....

1.5.1. Pertinencia del estudio en Aragua. **DEVELANDO CÓMO VIVIMOS ESA MITAD DE LA POBLACIÓN OLVIDADA** .....

1.5.1.1. Indicadores socio-económicos .....

1.5.1.2. Indicadores de la salud reproductiva de la mujer de Aragua .....

II. Lo teórico. **DELATANDO QUE LOS SABERES COEXISTEN IMPREGNADOS POR LA CREENCIA, LA CULTURA Y LO VIVIDO** .....

2.1. Paradigma cualitativo para el abordaje de la salud. **NO SÓLO LOS NÚMEROS VALIDAN LOS SABERES** .....

2.2. Paradigma de la salud. **MIREMOS CÓMO NOS HACEN VIVIR Y SABREMOS CÓMO ENFERMAMOS Y MORIMOS** .....

2.3. Enfoque de género aplicado a la salud. **ME HAN INVENTADO UNA VIDA DONDE ENFERMO** .....

2.4. Construcción del género femenino en el discurso médico. **...ELLOS ERAN EL MODELO HUMANO, LO DIFERENTE ERA INFERIOR, O SEA, NOSOTRAS** .....

2.5. Construcción de la ciencia y la obstetricia como saber. **ENTRE RÍOS Y ÁRBOLES NACIERON LOS/AS INDÍGENAS, ENTRE BATAS BLANCAS, INDIGNIDAD Y SOLEDAD NACEMOS** .....

III. Lo metodológico. **PASOS PARA RECONSTRUIR UN CONOCIMIENTO ENTRELAZADO EN LA SUBJETIVIDAD DE LO VIVIDO** .....

3.1. Grupo humano sujeto del estudio. **LAS QUE SOBRE-VIVIERON Y VIVIERON EL PARTO** .....

3.2. Técnicas participativas - entrevista enfocada. **LO QUE ELLAS CUENTAN ES CONOCIMIENTO** .....

3.3. Construcción del análisis. **DESPUÉS DE TANTO TRAN-SITAR, CONSTRUIMOS UN CONOCIMIENTO DESDE LA PALABRA FEMENINA** .....

IV. Análisis de los discursos. **JUNTAMOS LO QUE VIVIMOS PARA CONSTRUIR UN SABER DESDE NOSOTRAS MIS-MAS** .....

V. PERSPECTIVAS DE FUTURO .....

VI. BIBLIOGRAFÍAREFERIDA.....

ANEXOS

ÚTEROS MALTRECHOS, PARTOS EN SOLEDAD

La salud reproductiva de la mujer constituye en la actualidad un tema de relevante importancia en el área de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (1987) reconoce que para alcanzar el desarrollo de los pueblos, se deben tomar en cuenta las necesidades especiales de la mujer en materia de salud, para que su incorporación al desarrollo sanitario y socio-económico sea en condiciones de igualdad y equidad social. Para ello, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado los principios y metas del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y en relación con su mandato, se centra en el concepto de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, admitiendo que ese concepto denota la compleja interrelación existente entre la salud de la mujer y su situación social, política, cultural y económica. (p. 2).

En la publicación Nº 90 de la Organización Mundial de la Salud (1985), se recomienda que para poder alcanzar las metas del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y la Meta de Salud para Todos, deben tomarse en cuenta determinados aspectos del concepto relativo a la mujer, la salud y el desarrollo, entre los cuales está el reconocer que aunque los programas de salud se dirigen a todos/as y que tanto el hombre como la mujer se enfrentan en muchos casos con idénticos problemas sociales urgentes, **-las mujeres casi siempre son las más gravemente afectadas-, porque hay aspectos específicos de**

la mujer, por ejemplo sus particularidades biológicas relacionadas con embarazo, parto y lactancia, que sumado a ciertas pautas y valores socioculturales la exponen a factores de riesgo que afectan su salud de modo diferente al hombre o pueden influir en su modo de utilización de los servicios de salud.

La sociedad históricamente valoriza a la mujer a través de la maternidad, sin embargo, la mortalidad materna sigue siendo casi la principal causa de fallecimiento en mujeres en edad fértil en la mayor parte del mundo subdesarrollado, a pesar de que su importancia no siempre se refleja en las estadísticas oficiales. Señala la Organización Mundial de la Salud (1985); que en los lugares donde el problema de la mortalidad materna alcanza su máxima gravedad, la mayor parte de las defunciones quedan sin registrarse o bien no se especifica la causa de la defunción. Sólo 75 entre los 164 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud están en condiciones de medir la mortalidad materna, lo que evidencia la tendencia de infravalorar la gravedad de la situación. (p. 5).

El censo de población de las Naciones Unidas (1982), refiere que puede calcularse de forma muy aproximada que cada año fallecen unas 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y la mayor parte de las veces esos fallecimientos hubieran podido evitarse.

Diversas restricciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de

la atención condicionan los diferentes aspectos de la salud materna y son fuente de variabilidad del riesgo de enfermar y morir durante el embarazo y el puerperio. Además señala Mora, G. y col. (1993), **que otros factores propios de la cultura y de la práctica de las actividades de salud podrían incidir en la propensión de ciertas mujeres embarazadas, en trabajo de parto o puérperas, a usar o rechazar los servicios de salud. Entre ellos se ha citado la imposición de procedimientos que atentan contra las concepciones naturales relativas a la atención del embarazo, especialmente del parto, como serían la posición de cubito dorsal y el exceso de intervención médica.** (p. 71).

En relación a la morbilidad materna en América Latina y El Caribe existe poca información a nivel poblacional. La mayor información se obtiene en base a los registros de consulta y egresos hospitalarios. Sin embargo, se puede calcular que tendrían lugar 280.000 a 420.000 episodios de enfermedad grave anual entre los aproximadamente 12 millones de mujeres que dan a luz cada año en la región, según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CELAP, 1990). También señala que uno de los fenómenos que está tomando dimensiones alarmantes en la región, es el exceso de partos por cesárea, con una proporción de partos por cesárea de 17 a 29,4% en el período 1981-1985. La Organización Panamericana de la Salud (1990), refiere que existen evidencias de que el riesgo relativo a la mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea en relación con el parto vaginal y la

mortalidad materna de 7 a 20 veces y la estancia hospitalaria dos veces, aumentando en consecuencia el costo de la atención del parto.

La mortalidad y la morbilidad materna constituyen el principal problema de salud de la mujer en edad de procrear, en la mayoría de los países de la región y aún cuando en algunos de ellos han mostrado descensos variables en sus tasas de mortalidad materna, el Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad en las Américas, demostró que en América Latina y El Caribe existe un retraso de 35 a 90 años respecto a los estados y países con tasas de mortalidad materna baja. Por lo tanto, mediante la mejora de la calidad de vida de la mujer y la aplicación de la tecnología apropiada para la atención de su salud, debe superarse la situación.

Podemos observar que la salud reproductiva de la mujer constituye un aspecto de atención de los organismos internacionales y de los propios estados de la región y que hasta los momentos las políticas de salud hacia la mujer, por lo general, se orientan primordialmente a la atención a la madre y el/la niño/a, restringiendo el concepto a la atención de embarazos, partos y regulación de la fecundidad, pero a pesar de ello, las mujeres siguen enfermando y muriendo por problemas asociados a su condición reproductora.

En respuesta a esa realidad se han venido sugiriendo nuevas estrategias que incidan en un cambio de la concepción médica del embarazo y el parto y de la práctica médica que asiste a la mujer embarazada y parturienta, ya que se ha

identificado que la exagerada intervención y medicalización del embarazo y parto, han despojado de naturalidad y normalidad a dichos procesos, así como también han impuesto una abusiva intervención tecnológica (monitoreo electrónico fetal, ecosonogramas, radiopelvimetría, etc.) y una práctica obstétrica rutinaria que no discrimina los embarazos de bajo riesgo, ni la edad de la madre, sino que se aplica por igual a toda parturienta, llegando a usarse sueros inductores del parto, episiotomías, rasurado púbico, enemas, etc., a mujeres que no lo necesitan, sometiéndolas a una medicalización innecesaria, lo que se traduce en una violencia médica y en el despojo de un proceso que es de la mujer, en el cual el/la médico/a debería tener una actitud vigilante, pero nunca interventora, con excepción de los casos de alto riesgo, los cuales deben ser detectados previamente por el control prenatal y algunos indicadores socio-epidemiológicos de la madre. Sin embargo, la práctica demuestra que la concepción dominante del personal de salud frente al parto es por un lado considerar a la embarazada como “paciente”, es decir, enferma, por otro lado, no considerar el parto como un proceso natural y sano, por último y como consecuencia de lo anterior tener una postura interventora frente a la gestación, el parto y el puerperio.

Afianzando lo antes dicho, en 1995 la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud de las Américas, celebraron una Conferencia sobre tecnología apropiada para el embarazo, parto y puerperio, en Fortaleza,

Brasil, donde se adoptaron unánimemente algunas recomendaciones, las cuales son consideradas relevantes para todos los servicios perinatales del mundo, partieron de que para asumir dichas recomendaciones debía existir coincidencia conceptual en relación a: **que el embarazo, parto y puerperio son procesos naturales y normales; que la mujer desempeña el papel principal en todos los aspectos de su atención, los cuales incluyen su participación en la planificación, realización y evaluación de ésta; que se necesita la completa transformación desde las estructuras bases de los servicios de salud, así como también la modificación simultánea de las actitudes de todo el personal de salud**. A continuación se enumerarán las recomendaciones específicas acordadas en dicha Conferencia, las cuales fueron tomadas de la traducción hecha por la docente Baldwin, E. de un documento de la Organización Mundial de la Salud sobre la Tecnología Apropiada para el período perinatal (1985).

> Durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, se debe asegurar el bienestar de la madre por medio del libre acceso de una/un miembra/o familiar (acompañante) elegido por ella. Además, el equipo de salud está en la obligación de suministrarle apoyo emocional.
>
> Las mujeres que paren en instituciones (hospitales y clínicas) deben conservar su derecho a decidir sobre la ropa a usar (la de ella y su bebé), comida, disposición de la placenta, y otras practicas culturalmente significantes.
>
> La/el recién nacida/o sana/o debe quedarse con la madre siempre y cuando esto sea factible. La observación médica de la/el bebé no justifica su separación.
>
> Se debe promover la lactancia materna

inmediatamente después del parto, antes de salir de la sala de partos (cuando ésta exista).

Los países con las tasas anuales más bajas de mortalidad perinatal también registran partos por cesárea en menos de 10% de todos los partos por año. No hay justificación alguna, en ninguna región del mundo, que la cesárea exceda el 10 a 15% de los partos por año. (la cesárea es una cirugía mayor).

No existe evidencia que se requiera una segunda cesárea después de un parto previo por cesárea. Se deben fomentar partos vaginales después de una cesárea cuando se disponga de un servicio de cirugía de urgencia.

La ligadura de las trompas de Falopio (para la esterilización de la mujer) no es una indicación médica para cesárea, ya que hoy día existen métodos más fáciles y seguros que la cesárea para este mismo propósito.

Falta evidencia que apoya la hipótesis que el monitoreo electrónico fetal (mef) de rutina proporcione mejores resultados del parto. el uso del mef está indicado únicamente en casos cuidadosamente seleccionados por su relación estrecha con altas tasas de mortalidad, y cuando se induzca el trabajo de parto. Es preciso investigar la manera de seleccionar las mujeres que podrían beneficiarse de esta tecnología. Mientras tanto, los servicios nacionales de salud no deben invertir fondos en este equipo.

Se recomienda el monitoreo (vigilancia y reconocimiento) de la frecuencia cardiaca fetal por medio de la auscultación (con el estetoscopio obstétrico) durante la primera etapa del parto y más a menudo durante la etapa expulsiva.

No existen indicaciones para el rasurado púbico o el enema antes del parto.

No se recomienda que la mujer embarazada sea colocada en posición cúbito dorsal (acostada de espaldas) durante el trabajo de parto; ni en la posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en pierneras o ganchos) para el parto en sí. Más bien se le debe alentar a caminar durante el trabajo. Para parir, cada mujer debe tener la libertad de decidir la posición a adoptar.

> Se debe proteger el periné cuando sea posible. La episiotomía (incisión quirúrgica para ampliar la abertura de la vagina) de rutina no tiene ninguna justificación.
>
> Se debe restringir la inducción del parto (iniciarlo con medidas artificiales) a las que sean indicadas por razones médicas específicas. ninguna región geográfica debe sobrepasar el 10% del total de partos por inducción.
>
> Durante el parto, se debe evitar la administración rutinaria de analgésicos y anestésicos (que no sean requeridos específicamente para corregir o prevenir una complicación).
>
> No hay justificación para la rutina de romper las membranas (bolsa de agua) artificialmente al inicio del proceso de parto.
>
> Investigaciones adicionales deberían determinar el mínimo de ropa especial (batas, máscaras, monos, etc., esterilizados) requerido para las personas que asisten al parto y a la/el recién nacida/o.

El trato recibido por las mujeres parturientas que asisten a los centros de salud públicos, niega en su totalidad las recomendaciones antes mencionadas, muy por el contrario, la práctica médica ejercida por el personal de salud en los servicios obstétricos, violentan los derechos humanos de la embarazada y parturienta. Es tan alarmante la situación que la Asesora en Legislación de Salud de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Bolis, M. (1993) señala que:

> La violencia contra la mujer adopta diversas formas. Las más notorias son la violencia doméstica o familiar, el abuso sexual y la prostitución, se agregan a éstas otras modalidades que en su mayoría, suelen pasar por inadvertidas, porque no son objeto de reconocimiento público o porque los daños que provocan no se manifiestan de manera inmediata. Entre estas formas de agresión, menciona lo que comienza a caracterizarse como la “violencia en la atención de salud” que abarca las

> situaciones derivadas de la atención del parto o relacionado con los derechos reproductivos... (p. 261).

Parir en un centro de salud público, significa perder todos los derechos y la propia salud. Testimonios de mujeres que parieron en el Hospital Central de Maracay, expresan dolorosamente el desprecio recibido a través de palabras, actitudes y trato físico por parte del personal de atención al parto, lo cual les impidió vivir en forma digna y gratificante la experiencia de dar vida, así lo refiere Ponce, M. y col (1990).

El Programa de Salud de la Mujer (1995); señala que entre los actos vejatorios más comunes a que son sometidas las parturientas se señalan: la incomunicación, cuando pasan a sala de parto, son separadas de la pareja y familiares por tiempo indefinido; la promiscuidad, con frecuencia se asignan dos o más mujeres en una sola cama, lo que viola la intimidad de esas mujeres en un momento tan crucial como lo es el trabajo de parto, el parto en sí mismo o las horas después de parir; el trato inhumano expresado en amenazas, insultos, gritos, órdenes, intimidación, produciendo un estado de ansiedad en la mujer, quien se encuentra en la indefensión frente a la autoridad médica. Todo esto sin contar con las condiciones sépticas que predominan en los baños, camas, habitaciones, pisos, además de la inadecuada dieta hospitalaria.

Lo antes planteado denota fehacientemente que es impostergable la búsqueda de salidas alternativas para que las mujeres a todos los niveles vivamos una

maternidad digna, que nos apropiemos de nuestro cuerpo y que en el momento del parto podamos participar de manera activa decidiendo sobre la posición de parir, teniendo acceso de un/una acompañante y fundamentalmente tener injerencia en aceptar o no determinado tipo de atención y de práctica médica. Para alcanzar esas metas, una de las recomendaciones generales de la Organización Mundial de la Salud (1985) es que **los estados e instituciones competentes, promuevan investigaciones que evalúen las tecnologías usadas durante el período perinatal, en búsqueda de las más apropiadas para cada realidad, con la intervención de la mujer en la preparación de criterios para la selección de técnicas y/o creación de nuevas técnicas, evaluando su eficacia, seguridad y aceptabilidad.**

Delimitación del Problema

TRANSITANDO UN LUGAR ALTERNATIVO Y TROPEZANDO CON LAS PIEDRAS DEL SABER DOMINANTE

A través de este trabajo se asumirá ese compromiso de la búsqueda de alternativas para mejorar las condiciones de la salud reproductiva de la mujer, evaluando con la propias mujeres a través de sus experiencias, el impacto que tiene en su salud y en su vida, la atención médica del parto, en dos condiciones diferentes: un parto medicalizado y un parto natural. Para ello, se tomará ventaja de que en el estado Aragua se han suscitado algunas circunstancias socio-políticas coyunturales que han permitido la apertura hacia algunos programas alternativos en el sector salud, siendo la Corporación de Salud del Estado (CORPOSALUD) el ente promotor y consolidador de dichos programas. Un ejemplo de esas nuevas alternativas la constituye la Sala de Parto de Turmero, la cual fue creada como respuesta política a diversas situaciones entre las cuales podemos mencionar: el colapso y congestionamiento del área obstétrica del Hospital Central de Maracay; el clamor de la comunidad de Mariño de que sus hijos/as nacieran en su municipio, otro hecho importante que sirvió de empuje a la consolidación de la Sala de Parto de Turmero, fue una experiencia piloto que se concretó en el Municipio Mario Briceño Iragorry del Estado Aragua, donde se funda el Programa de Parto Natural, en el Ambulatorio La Candelaria de ese Municipo en el año 1994, después que en el

Primer Encuentro Municipal de 12 mesas de trabajo siete reclamaron la "identidad del municipio" por medio de una maternidad local que proporcionara un trato digno, respetuoso y humano para la embarazada, parturienta, hijo/a y familia. Para ello se contó con la guía de la Dra. Cristina de Sierra, quien dirigía en el Hospital Universitario de Caracas el Programa de Parto Natural, aprobado por la Cátedra de Pediatría, Obstetricia y el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, contando con el apoyo y cooperación técnica de la OPS.

Así mismo, contó con el apoyo económico de la Alcaldía del Municipio Mario Briceño Iragorry, colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a través del director del Ambulatorio y su personal, con el apoyo intelectual de profesoras de la Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua, Facultad de Ciencias de la Salud y con la asesoría de la Casa de la Mujer Juana Ramírez "La Avanzadora" de Maracay. (Baldwin, E.; 1995).

A pesar de que la Sala de Parto de La Candelaria dejó de funcionar por razones que no estimo pertinente detallar en este trabajo, pero que van desde el cambio de partido político, en la dirección de la Alcaldía hasta la resistencia de algunos/as médicos/as gineco-obstetras, quienes se oponían a otras formas de concebir y atender a las mujeres parturientas, actitud que demuestra la rigidez académica y el miedo a perder el espacio hegemónico de esos/as especialistas. Pero con todo y esos inconvenientes esta experiencia nueva para Venezuela pero probada durante años en otros países, fue un incentivo

que aupó la creación de la Sala de Parto de Turmero, ésta también daba respuesta a los planteamientos hechos al presidente de CORPOSALUD, por parte de algunas integrantes de la Casa de la Mujer “Juana Ramírez” y de las directivas del Instituto de la Mujer de Aragua, quienes abogábamos por consolidar un lugar digno para parir, que rompiera con los esquemas tradicionales de la práctica obstétrica rutinaria de los centros públicos y que adoptara otros saberes médicos y otra concepción del parto y de la parturienta.

La Sala de Parto de Turmero funciona en un ambulatorio urbano, desde el 14 de abril de 1997, los recursos económicos para su consolidación fueron aportados por la Alcaldía de Mariño y la Gobernación del Estado Aragua. Se trazaron como metas inmediatas atender 8 partos diarios, lo que representaría aproximadamente el 45% de los partos del Municipio.

De acuerdo con el proyecto de creación, en la Sala de Parto se atenderán preferentemente las embarazadas que vivan en el Municipio Mariño, incluyendo al Municipio Francisco Linares Alcántara, quienes deben haberse realizado obligatoriamente su control pre-natal en cualquiera de los ambulatorios de la zona o de los 26 centros de atención del municipio. Para ser atendidas deben presentar su ficha de control pre-natal y el/la especialista de guardia corroborará si es una embarazada de bajo riesgo, si no cumple estas condiciones, será referida a un centro hospitalario.

Todo el personal que aquí comenzó a laborar fue seleccionado por

entrevista, credenciales y por la aprobación de talleres de participación-activa, con un enfoque de la salud con perspectiva de género. El principio que debe sustentar la atención médica es la menos medicalización posible del parto, la participación activa de la mujer durante el trabajo de parto y el momento del parto.

La atención en el área obstétrica del Hospital Central de Maracay dista en concepción y práctica de la Sala de Parto de Turmero, en primer lugar porque allá se atiende un contingente de embarazadas que rebasa el propio Estado Aragua. Además se puede decir que la atención es de emergencia, las mujeres llegan con trabajo de parto y son ingresadas en una misma área de trabajo sin discriminación de edad, número de gestas, estado anímico, condiciones de salud. En la rutina de trabajo se contempla el tacto vaginal, el rasurado púbico, la aplicación de sueros inductores del parto, la episiotomía, los enemas, etc., toda esta rutina obstétrica se le hace a las mujeres de manera indiscriminada, independiente de las particularidades de cada parturienta, puede haber llegado con cierta dilatación o no, puede ser primeriza o multípara, puede ser adolescente o adulta, por igual son sometidas a determinadas prácticas médicas, las cuales están justificadas dentro de la concepción que del parto se ha construido la ciencia médica, además de dar respuesta al colapso asistencial del área gineco-obstétrica del Hospital Central de Maracay.

Que en Aragua coexistan dos maneras, dos prácticas, dos concepciones diferentes de dar respuesta a la atención del parto, permite

evaluar desde diferentes ópticas las ventajas y desventajas, el impacto en la población a quien va dirigida, la promoción de otros saberes en la práctica médica, etc., propósitos que se derivan de esta investigación.

Precisión del problema

¿QUÉ DICEN LAS MUJERES QUE VIVIERON UN PARTO MEDICALIZADO?

Reconstruir de manera inductiva y sistemática una matriz conceptual que permita analizar las diferentes dimensiones de lo subjetivo-construido por mujeres que han experimentado dos formas diferentes de parir: parto medicalizado - parto natural.

Objetivos

APRENDIENDO DE LAS SOBREVIVIENTES AL PARTO MEDICALIZADO, RESCATADAS POR EL PARTO NATURAL

- Analizar con las mujeres, las experiencias vividas durante su trabajo de parto y el momento de parir, asistidas en la Sala de Parto del Hospital Central de Maracay, institución donde predomina la concepción del parto medicalizado.
- Reconstruir la experiencia vivida durante el trabajo de parto y el alumbramiento con las mujeres que fueron atendidas en la Sala de Parto de Turmero, lugar donde se asiste el parto natural.

Generar un conocimiento que permita sistematizar un análisis comparativo de

los impactos que ocasionan un parto medicalizado y un parto natural en la salud y la vida de las mujeres.

Otros propósitos involucrados
en la investigación

DESPERTANDO COMO CONOCIMIENTO CIENTÍFICO LA PALABRA, LO SUBJETIVO, LO VIVIDO

- Promover la investigación cualitativa como vía científica para encontrar otros conocimientos en el área de la salud y se dé la mano en una relación de complementariedad con las metodologías cuantitativas.
- Valorizar la palabra de quienes no son investigadores/as, sino han sido siempre objeto pasivo, que han servido de material de estudio para que los/as investigadores/as comprobemos nuestras hipótesis.
- Reconocer en lo "vivido", lo "sentido", lo "subjetivo" un conocimiento que ningún/una estudioso/a puede obtener sólo desde su perspectiva, la construcción de ese conocimiento se genera en un proceso dialógico de una relación horizontal entre investigador/a investigado/a. No en vano las frases de Goethe en su Fausto han trascendido en el tiempo:

"Gris es la teoría,
verde el árbol dorado de la vida".

Importancia del estudio

¡EPA! LAS MUJERES SOMOS LA MITAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO

De cara al nuevo milenio, los estudios sistemáticos sobre la mujer, sus particularidades biológicas y las razones sociohistóricas que la ubican en la sociedad, son de relevante importancia para el intento de construir otra manera de mirarnos y de relacionarnos en el mundo de la nueva era.

Considero que esta investigación es importante, en primer lugar por el compromiso que como investigadora siento con la discusión de la salud reproductiva de la mujer. Por otro lado, Aragua es el único estado del país que implanta una sala de parto con una filosofía de trabajo médico diferente a los hospitales públicos, por lo que evaluar la experiencia del parto con las mujeres que parirán en esa sala y establecer la diferencia con la experiencia de parto en otro centro público de salud, permite: inferir el impacto de la política en la población a quien es dirigida, que a fin de cuentas son las actoras más importantes de la gestión de salud, retroalimentar el proceso docente y curricular del área obstétrica de la carrera de Medicina y lo más importante será devolverle a los entes responsables de las políticas de salud una información científica que pueda orientar cambios conceptuales en las mismas, que respondan a las expectativas, necesidades y realidades de las mujeres, ya que desde su propia experiencia se construirá la matriz de análisis de este estudio.

Se aportarán elementos puntuales desde la percepción de las mujeres en

relación a la atención asistencial; la relación médico(a)-pacienta y el grado de aceptación frente a las prácticas médicas obstétricas tradicionales, o al parto en condiciones menos medicalizadas.

Además, la Organización Mundial de la Salud como estrategia para América Latina y El Caribe, sugiere la incentivación y apoyo a las investigaciones que tengan como objetivo evaluar las tecnologías usadas durante la etapa perinatal, con la finalidad de impulsar nuevas tecnologías apropiadas y de cuya decisión participen las mujeres. Es una recomendación de dicho organismo la incorporación del enfoque de género, en los estudios del proceso salud-enfermedad.

Pertinencia del estudio en Aragua

DEVELANDO CÓMO VIVIMOS ESA MITAD DE LA POBLACIÓN OLVIDADA

Indicadores Socio-económicos

Los índices que a continuación señalaré van a ser de mucha importancia para la matriz de análisis del estudio, ya que se ha dejado claro en las bases teóricas de este trabajo que en cualquier análisis de salud; la relación causal entre estructura social y perfil de salud de la población es imposible de desligar. Para ser coherente con una posición conceptual sobre el proceso salud-enfermedad, considero relevante denotar los datos socio-económicos, para luego abordar los de salud reproductiva.

Para tal fin, usaré las últimas estadísticas de la Dirección de Estadística

de la Gobernación de Aragua (1995):

Las mujeres constituyen el 49,96% de la población total. El 30% de ellas está ubicada en el grupo etario entre los 25 y 44 años de edad y el 20% entre los 15 y los 24 años de edad, es decir, que un significativo porcentaje de la población se encuentra en la plenitud de las capacidades productivas y reproductivas. El 65% de las mujeres mayores de 15 años son madres y de éstas el 25% viven solas con sus hijos(as), es decir, que son jefas de hogar. El nivel educativo que prevalece es el Básico, del 67% del total de mujeres mayores de 7 años, aproximadamente el 40% de mujeres desertan de los estudios para ayudar en la casa. El 65,3% de las mujeres mayores de 15 años se consideran en los datos oficiales como Inactivas económicamente, de éstas la mayoría están marginadas a los trabajos del hogar, tan solo el 11,4% no trabaja porque están estudiando. De las mujeres que están en la fuerza laboral el 40% se ubica en el sector informal y el 60% en el sector formal, la mayoría como empleadas y obreras, sólo el 1,4% como patronas.

Estos datos aportados por la Dirección de Estadística de la Gobernación de Aragua, son coincidentes con los obtenidos en un informe preliminar de un trabajo de investigación titulado “Perfil de la Mujer de Aragua”, el cual se lleva a cabo en este Estado con financiamiento de FUNDACITE-Aragua y en el que me desempeño como co-autora. Dicho trabajo demuestra que de la población encuestada el 47% tiene menos de 29 años, lo que corrobora que un significativo porcentaje de mujeres son jóvenes adultas, dato importante para el

perfil de la salud reproductiva, también quedó evidenciado que el nivel educativo es bastante bajo con un 75% de la población que apenas alcanza la educación diversificada, dentro de este porcentaje es más significativo el grupo que tan solo tiene educación básica, además refiere que sólo un 18% de la población investigada ha recibido algún tipo de educación formal para el trabajo. En la relación nivel educativo con condición jefa de hogar, se observó que el 30,70% de las jefas de hogar apenas alcanzan la educación básica, este porcentaje es alarmante considerando que son mujeres solas con hijos/as, que no cuentan con calificación suficiente para tener acceso al mercado de trabajo bien remunerado y significa también una mujer con doble o triple jornada de trabajo que afecta negativamente su salud y calidad de vida. Otro aspecto que denota la ubicación social de la mujer en Aragua es su poca participación en organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales, ya que un 89,6% declaró no participar en ningún tipo de organización.

Indicadores de la Salud Reproductiva de la mujer de Aragua

En el mismo trabajo, “Perfil de la Mujer de Aragua”, se señala que las mujeres se inician en la vida sexual a muy temprana edad, el 23,42% antes de los 14 años, el 45,85% entre los 15 y 19 años; se puede observar que aproximadamente el 70% de las mujeres se inician sexualmente en la adolescencia, esta situación conlleva a que el índice del embarazo precoz sea también muy elevado, con un 27,6% de jóvenes que han tenido su primer embarazo en la adolescencia temprana y un 28,90% entre las edades de 15 a

19 años, quedando demostrado que el embarazo precoz es en Aragua un problema de urgente atención por parte del estado.

Otro aspecto importante de resaltar es el índice de mujeres esterilizadas en Aragua, el 24,60% de la población femenina encuestada declaró haberse esterilizado, porcentaje bastante elevado si se considera que en la población de mujeres aragüeñas predominaron los grupos etarios de adultas jóvenes. En relación a este aspecto no se puede dejar de comentar, que muchas de esas mujeres que se esterilizan lo hacen por razones económicas, porque para poder incorporarse al mundo laboral en una sociedad que está de espaldas a la defensa del fuero maternal, tienen que optar por medidas tan drásticas como la esterilización, en muchos casos en contra de su voluntad personal, pues para nadie es un secreto que muchas empresas piden la constancia de esterilización o prueba de embarazo como requisito para incorporarlas al trabajo, lo que demuestra que la mujer compite en condiciones de desventaja en el mundo laboral y que se violan los derechos humanos de la mujer con esas medidas anticonstitucionales que la discriminan en razón de su sexo.

Hemos señalado en ese mismo trabajo del Perfil de la Mujer de Aragua que: el aborto viene a constituir un problema de salud pública en Aragua junto al embarazo precoz, quedó demostrado en la investigación que un 26,50% de las mujeres declararon haberse realizado una práctica de aborto por lo menos una vez en su vida, lo que se torna una situación delicada desde el punto de vista de la salud reproductiva de la mujer, pues está comprobado que los

índices de morbi-mortalidad de la población femenina se ven incididos de manera alarmante por el aborto.

El hecho de que el aborto sea penalizado conlleva a que muchos de éstos se practiquen en la clandestinidad y en condiciones sépticas, corriendo con los riesgos que ello ocasiona en la vida de la mujer. Aquellos abortos que son atendidos en los centros públicos de salud, también constituyen un problema, pues si todavía el parto y otras causas obstétricas están entre las primeras causas de enfermedad y muerte, qué quedará para el aborto que en la mayoría de las veces llega a los hospitales como situaciones de emergencia, sumándole a ello, que cada vez que una mujer se presenta con hemorragias por aborto, el personal de salud toma una actitud de duda y desconfianza sobre las razones que provocaron la interrupción de ese embarazo, lo que afecta negativamente la atención integral y digna de esa paciente. Los abortos atendidos en clínicas privadas, son los que cuentan con la discreción, comprensión y atención adecuada y como cada vez es más reducido el sector que tiene acceso a la medicina privada, pues el problema tendrá cada vez mayor impacto en la salud pública.

Una reciente publicación de OPS-M.SAS (1997) señala que la tasa de mortalidad materna en Venezuela mantiene un comportamiento estable. No obstante, para 1994 se registró un ascenso a 6,8 por 10.000 nacidos vivos, con diferencias entre los estados. Sólo los estados Sucre, Aragua, Bolívar, Lara, Yaracuy y Falcón, tienen constituidos comités para el análisis de la mortalidad

materna. La tasa recalculada es de 7,9 por 10.000 nacidos vivos y ésta parece ser más cercana a la realidad, ya que expertos del país coinciden en que existe un subregistro en la notificación de esta causa de muerte. El 19,6% de los nacimientos registrados en 1994 fueron de madres menores de 20 años de edad, "coincidencialmente el mismo año que se señala un aumento de la mortalidad materna en el país" (p. 20). Es importante señalar que Núñez, N. (1995), en su ponencia por Venezuela para la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer, en Beijing, expresa que la mortalidad por causas obstétricas y abortos ocupa durante el período 1985-87 en el grupo etario de 15 a 24 años el tercer lugar, en el grupo de 25-44 años ocupa el cuarto lugar y en el grupo de 25-44 años ocupa también el cuarto lugar (p. 28), significa que la población femenina en Venezuela a fin de siglo sigue muriendo por causas evitables en la mayoría de los casos y que predominan en determinados grupos de mujeres y clases sociales, que son las dos características fundamentales de la mortalidad materna en las Américas desde hace tiempos inmemoriales.

En el Hospital Central de Maracay, señalan Sartorio, V. y col (1994), que hubo en el año 1992, 16 muertes maternas, con 11.021 nacidos vivos, para una tasa de 1,45 x 1.000 nacidos vivos. Durante el año 1993, nacieron 11.703 niños vivos y hubo 23 muertes maternas para una tasa de mortalidad materna de 1,96 x 1.000 nacidos vivos. Hasta Julio de 1994, habían ocurrido 8 muertes maternas y el número de nacidos vivos era de 6.695, por lo que la tasa de mortalidad materna para lo que iba de año era de 1,19 x 1.000 nacidos vivos.

En ese mismo trabajo se indica que el 88% de las causas obstétricas de las muertes maternas fueron por causas directas (son muertes que ocurren durante embarazo, parto y puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por evento por ellos ocasionados), dentro de esas causas directas el 50% fue por sepsis por aborto y el 25% por sepsis post cesárea. Estos datos confirman lo que la OPS (1992) en su folleto: Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas, señala en relación a que el aborto en América Latina está entre las principales causas de muerte de mujeres entre los 15 y los 49 años de edad. La mortalidad por aborto podría ser responsable en algunos casos de hasta la mitad de las muertes maternas. (p. 12).

En una evaluación de la atención materno-infantil realizada en el Hospital Dr. Rangel de Villa de Cura por Savo Lapenta, M. y col. (1994) refieren: que durante el año 1993, se realizaron un 20% de cesáreas y un 10% de abortos, índices considerados por la Organización Mundial de la Salud exageradamente elevados, por otro lado, señalan que en este hospital se notó que en el movimiento quirúrgico gineco-obstétrico, el tipo de intervenciones practicadas son las no urgentes, con un 83% correspondiente a las de tipo obstétrico.

La Corporación de Salud del Estado Aragua (1997), señala que en el estado durante los años 1995 y 1996, la tasa de mortalidad fue de 0,8 y 0,9 x 1.000 nacidos vivos, respectivamente, presentando un descenso en relación a años anteriores, sin embargo son tasas que desde el punto de vista de Salud Pública son consideradas elevadas por cuanto éstas son en su mayoría

muertes tempranas evitables.

Otro dato interesante es el referido a las cesáreas realizadas en el Hospital Central de Maracay, para el año 1996 el movimiento obstétrico registró un 23% de cesáreas, un 20% de abortos, aumentando en 1997 a 25,8% las cesáreas y a 22,19% de abortos, lo que refleja una exagerada intervención quirúrgica en el caso de las cesáreas, pues la Organización Mundial de la Salud (1985) manifiesta en sus documentos que no hay justificación alguna, en ninguna región del mundo, para que la cesárea exceda el 10%, máximo el 15% de los partos al año, considerando además que la cesárea es una cirugía mayor. La OPS (1992) en su Comunicación para la Salud Nº 2, señala que en una significativa proporción de casos la cesárea aumenta la morbi-mortalidad materna, la estadía hospitalaria, la asfixia al nacer, los trastornos respiratorios neonatales, la convalescencia y las alteraciones psicoafectivas (p. 17). En relación al aborto, los datos demuestran que a pesar de que se obvie la discusión del aborto, significa una problema de salud pública que incide de manera alarmante en las muertes maternas, ya que la sepsis por aborto ocupan los primeros lugares de causas directas de mortalidad materna.

Para el año 1995, el 65% de las muertes maternas fueron por causas directas, ocupando el primer lugar las sepsias postaborto, además de considerar que el 78,26% del total de esas muertes fueron prevenibles. Para 1996, el 82,7% de las muertes maternas fueron por causas directas con el 41,6% por toxemias y el 25% por sepsis, de éstas ocupó el primer lugar

nuevamente las sepsis post-aborto (Comité Regional de Muertes Maternas, 1998).

De todos los datos anteriores se puede evidenciar las dramáticas condiciones de la salud reproductiva de la mujer en nuestro estado. Si se intenta hacer un rápido resumen que caracterice la salud reproductiva de la mujer aragüeña, podríamos decir que tenemos una población femenina cuya prevalencia de edades está, por tipificarlo de alguna manera, en adultas jóvenes, si referimos estas edades a las capacidades biológicas, están en la plenitud de las edades reproductivas. De la población de mujeres mayores de 15 años, el 65% ya son madres, con una tendencia cada vez mayor de aumentar los embarazos en la adolescencia temprana, situación que se explica cuando se demuestra el precoz inicio de las jóvenes en la vida sexual y la poca atención que la planificación familiar ofrece a las/os adolescentes. La maternidad temprana junto a la crisis socio-económica conlleva a que esas mujeres en edades jóvenes se esterilicen o aborten, índices que en líneas anteriores referí como elevados en Aragua. Por otro lado, se ha reflejado la crítica situación que viven las mujeres que asisten a los hospitales a parir, los índices de morbi-mortalidad son preocupantes y demuestran que esa famosa relación directa entre parto institucional con tasas bajas de mortalidad que tanto pregonan los “expertos” en salud, queda en tela de juicio, lo que obliga a que rompamos los juicios y criterios momificados y abramos espacios para otra mirada médica.

Así que la búsqueda de otras formas, otras concepciones, otras prácticas y otras dimensiones de relación entre médico/a y parturienta, es impostergable, máximo cuando se ha podido demostrar que un porcentaje significativo del deterioro de la salud reproductiva de la mujer está determinada por el tipo de atención que se le da en los centros públicos, que con menos medicalización y menos intervención quirúrgica se puede disminuir la iatrogenia clínica.

DELATANDO QUE LOS SABERES COEXISTEN IMPREGNADOS POR LA CREENCIA, LA CULTURA Y LO VIVIDO

Asumiendo responsablemente la concepción de que la producción de conocimientos, es un proceso imbricado en un espacio histórico, cultural, económico, lo que le da un carácter ideológico, considero pertinente aclarar desde qué lógica o paradigma se ubica la investigación para enfrentar teóricamente lo metodológico, la concepción de salud y el enfoque de género.

Paradigma cualitativo para el abordaje de la salud

NO SÓLO LOS NÚMEROS VALIDAN LOS SABERES.

La salud reproductiva de la mujer viene a ser área de interés desde hace muy poco tiempo, a pesar de que desde tiempos inmemoriales somos concebidas en el imaginario colectivo como vientres, más que como humanas.

Las referencias al tema reproductivo de la mujer se ha enmarcado en la medición de los parámetros tradicionales que señalan índices de morbi-mortalidad y a pesar de que ha sido el único tipo de medición, se reconoce oficialmente el sub-registro de datos, la Organización Panamericana de Salud considera que de nuestros países casi ninguno se encuentra en capacidad de medir dichos índices de manera discriminada y confiable. Estos índices expresan las condiciones de un aspecto de la salud de la mujer y a través de ellos se puede inferir el nivel educativo, la situación socio-económica en general

de esa población, pero difícilmente nos remite a cómo la práctica médica, la relación médico-paciente y las características particulares del grupo influyen en los perfiles epidemiológicos.

Existen escasos estudios sistemáticos que busquen construir con las propias mujeres la experiencia vivida durante el embarazo y el parto y su determinación en la condición de salud, porque la lógica científica dominante ha considerado que la “experiencia”, “lo vivido”, entra en el campo de la imaginación y de lo subjetivo y para ese paradigma lógico positivista, sólo lo objetivo es científico.

No sólo en la discusión de lo que es científico estamos atrapados en una sola visión, sino en los estudios de la salud reproductiva, apenas en la década pasada fue cuando se comenzó a identificar que la exagerada intervención del médico, el uso abusivo de la tecnología, la medicalización de procesos naturales como el embarazo y parto, son factores que determinan el proceso salud-enfermedad de la mujer. Al respecto dice Giberti, E. (1992), el campo reproductivo fue estudiado, prioritariamente, por la biología y las ciencias médicas, por eso los componentes biológicos no han sido destronados por los estudios y de los discursos técnicos profesionales, siendo cuesta arriba incorporar nuevos conceptos y otras formas de producir conocimiento que trasciendan lo biológico tradicional.

Son casi inexistentes los trabajos con metodologías cualitativas que

produzcan un conocimiento sobre la situación de salud, tan solo en 1989 la Organización Panamericana de la Salud realizó una reunión sobre Abordajes y Métodos para Estudios Diferenciales de Salud según Condiciones de Vida, en Brasilia, la cual tuvo el propósito explícito de “contribuir a identificar líneas, temas y proyectos de investigación epidemiológica sobre los diferenciales en la situación de salud de diferentes grupos de población, definidos según sus condiciones de vida”, en dicha Conferencia se exhortó a usar técnicas que permitan explorar la subjetividad en relación con la situación de salud y ex profeso, soslayaron comentarios sobre estudios de indicadores, en el sentido que habitualmente se utiliza el término entre los epidemiólogos, (Organización Panamericana de la Salud: 1989; p. 1). Entre los trabajos presentados en dicha reunión, resalta el de Castellanos, L. (1989), quien hace unas consideraciones puntuales sobre el método y las técnicas en los estudios sobre la situación de salud, señalando que un camino ha sido la progresiva compartimentalización de la realidad en parcelas cada vez más reducidas, las cuales terminan constituyéndose en “la realidad” para el investigador. La literatura científica epidemiológica se encuentra inundada de este tipo de producción científica, la cual utiliza procedimientos estadísticos y técnicas sofisticadas. El autor manifiesta que esta tendencia refuerza una cierta actitud tecnocrática y unilateral en la percepción de la salud y debilita la reconstrucción de un cuerpo teórico coherente sobre la situación de salud que apuntale las decisiones y acciones en salud pública.

Podemos observar que apenas se comienza a caminar en otro terreno metodológico para entender la complejidad de la realidad de la salud, mediante la construcción teórica, poniendo en la palestra el uso de las “técnicas participativas”, las cuales incorporan los abordajes individuales que se dan en un intercambio activo entre investigador/a e investigado/a, en la búsqueda de un conocimiento subjetivo para la reconstrucción de un cuerpo teórico coherente sobre la situación de salud, que permita predecir el impacto de las políticas, servicios y programas sobre la situación de salud de diferentes grupos de población, lo que ha sido una de las grandes fallas de una epidemiología que ha estado de rodillas frente: a los indicadores del sistema de salud y otros relacionados; a las encuestas que silencian los actores sociales, quienes se limitan a responder las preguntas dentro de los rangos previamente establecidos por el/la investigador/a y a las encuestas de prevalencia que miden la morbilidad en grandes grupos de población, pero no toman en cuenta las variables socio-culturales y sicológicas del grupo humano, las cuales determinan la forma de enfermar, envejecer y morir, y varían entre los diferentes grupos de población.

Desde el camino metodológico cualitativo, enfrentaré el trabajo, con énfasis en la exploración de lo subjetivo y en su carácter participativo, asumiendo la construcción de un conocimiento a partir de lo vivido por mujeres que han experimentado dos experiencias diferentes de parto en dos centros de salud con diferentes prácticas médicas y concepciones del parto y la

parturienta.

Paradigma de la salud

MIREMOS CÓMO NOS HACEN VIVIR Y SABREMOS CÓMO ENFERMAMOS Y MORIMOS

Los problemas de salud y sus posibles respuestas se entenderán desde las mismas perspectivas con que se conceptualice la salud y la enfermedad. Por eso, se hace ineludible la discusión de las nociones de salud-enfermedad que se han tomado como válidas para el abordaje de este estudio, el cual se aboca a un problema de salud pública.

Se parte de una concepción integral de salud, la cual toma distancia de las nociones comunes que sostienen que la enfermedad se reduce a los problemas que ocurren en un individuo, independientemente de su sexo, edad y condición social que afecten su vida normal.

Para fundamentar la noción de salud que se asume en esta investigación se citará a Breilh (1990), quien señala que:

> el conocimiento objetivo de la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura, con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que lo afectan. (p. 23).

En la misma línea de pensamiento, Castellanos, P. (1989) asevera:

> La situación de salud de un grupo humano es una expresión de sus condiciones de vida; y éstas a su vez, de la forma como dicho grupo se inserta en el proceso general de reproducción del conjunto de la sociedad, en un momento histórico concreto y en determinadas condiciones naturales. (p.6).

Se analiza la salud-enfermedad como fenómeno social, estrechamente vinculado con los procesos económicos, políticos y culturales de la sociedad. Al respecto, Laurell, A. (1986), sostiene que:

> El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social a otra. (p. 4).

Las causas que determinan la salud no son ocurrencias estáticas aisladas, sino por el contrario son expresiones del devenir social. La relación causal entre estructura social y perfil de salud de la población es imposible de desligar, así la posibilidad de enfermar o de morir es diferente, según el estrato social y el género al cual se pertenece, es evidente la existencia de diferencias importantes en el nivel de salud de los mismos.

La matriz teórico-conceptual que se asume en esta investigación estima que el proceso salud-enfermedad no es un fenómeno aislado del proceso económico, político y cultural de la sociedad, sino por el contrario, es una

consecuencia del desarrollo histórico social, que va a expresar las posibilidades del desarrollo integral de hombres y mujeres, inscritos/as en un proceso productivo de su sociedad y de su estrato social.

Enfoque de género aplicado a la salud

ME HAN INVENTADO UNA VIDA DONDE ENFERMO

Hablar, hoy en día, de género como categoría en ciernes, nos remite obligatoriamente a establecer las diferencias conceptuales con el término sexo, pues hasta hace muy poco tiempo ambos se usaban como palabras sinónimas. Empezar a develar la trampa ideológica que encierra que términos disímiles se intercambiaran indiscriminadamente, obligó a que se demarcaran los límites conceptuales de cada uno para evitar que lo biológico o natural se socialice y lo social se naturalice. La identificación no semántica, sino cultural de los términos sexo y género, ha sido el cemento ideológico que arraigó en la conciencia colectiva como una verdad; que -como la mujer está dotada biológicamente para procrear hijos/as, es decir, es la responsable de la maternidad biológica, se acepte como "natural" que sea la única responsable en la sociedad del cuido de los/as hijos/as- es decir, que la maternidad biológica trascendió a la cultura y se impuso una maternidad social.

Se asumirá la definición de sexo y género sugeridas por la Organización Panamericana de la Salud en su Publicación Científica Nº 541 (1993); así el

término sexo quedará circunscrito a las características biológicamente determinadas, del hombre y de la mujer y género a la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres. Esta construcción tiene las siguientes características: es histórica y, como tal, se nutre de elementos que por ser mutables en el tiempo y en el espacio son también susceptibles de modificación mediante intervenciones; es ubícua en el sentido que permea la micro y macro-esfera de la sociedad a través del mercado de trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación, la religión, el aparato político, la familia, la recreación, la salud y la misma personalidad; y es jerárquica, porque la diferenciación que establece entre hombres y mujeres, lejos de ser neutra, implica valores que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre. (p. X).

La OPS desde la década de los ´80, viene reconociendo la importancia del enfoque de género en los análisis del proceso Salud-Enfermedad, y en la década de los ´90, en el Boletín Nº 549 sobre Condiciones de Salud en las Américas, OPS (1994); insiste nuevamente en que: existe un conjunto de necesidades específicas de las mujeres que merecen atención especial porque las mujeres difieren fisiológicamente de los hombres, y esas diferencias fisiológicas implican la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivas del sexo femenino o que afectan más a las mujeres. Pero

también existen necesidades provenientes de las diferencias sociales, económicas y culturales que originan asimetrías de género, tanto en la exposición a riesgos para la salud y la supervivencia como en las oportunidades de acceso y de control sobre los recursos necesarios para la protección de la salud. Así mismo, sostienen que el análisis de los determinantes y de las respuestas en relación con el proceso salud-enfermedad, desborda los factores de tipo biomédico e incorpora las influencias del contexto socio-cultural y económico que moldean diferencialmente los perfiles de salud de hombres y mujeres en grupos de población particulares (p. 101).

La introducción de consideraciones de género en el análisis de la salud tiene como objeto develar las diferentes formas en que la pertenencia a uno u otro sexo afecta las oportunidades de supervivencia y de salud de los individuos para, sobre esa base, orientar el diseño de políticas y programas que respondan con eficacia y equidad a las necesidades de toda la población.

La OPS señala en ese boletín que en todo el mundo las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres. Así, en condiciones normales, las tasas de mortalidad para las mujeres tienden a ser más bajas que para los hombres en cualquier edad. La presencia de un componente biológico en tal ventaja de supervivencia está ampliamente documentada en la literatura. Sin embargo, en donde factores de orden social, económico y cultural actúan en detrimento de las mujeres, la ventaja de supervivencia femenina se estrecha e incluso llega a invertirse en algunos grupos de edad, por ejemplo, en la edad reproductiva, en

razón de mortalidad por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, pero también se ha detectado en el grupo de 1 a 4 años, esta constatación de sobremortalidad femenina y su mantenimiento en ese grupo de edad ha sido señalado, por tanto, como una importante señal de alarma en cuanto a la probable presencia de un problema social: la discriminación en contra de las niñas. Las encuestas demográficas y de salud (DHS) realizadas entre 1986 y 1990 en 11 países de la región demuestran dos aspectos que evidencian el tratamiento diferencial por sexo de los/as hijos/as, primero la búsqueda de atención médica en presencia de síntomas asociados con enfermedades respiratorias agudas, fiebre y diarreas. Las cifras revelan que, ante tales síntomas de enfermedad, las niñas tienden a recibir menor atención médica que los niños. En segundo lugar, que en materia de alimentación existe una práctica discriminatoria con respecto a la nutrición, en los sectores de pobreza, la diferencia nutricional debida a la escasez de recursos se agrava por patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los de proteínas animales, lo que afecta el crecimiento en la etapa de la niñez y la adolescencia, cuando la joven con el advenimiento de la menstruación, aumentan los requerimientos de proteínas y hierro más que los hombres, sin embargo por patrones culturales las mejores presas son para los varones. (Citado en OPS, 1994. p. 103).

Los datos antes señalados demuestran cómo el enfoque de género aplicado a la salud ha permitido discriminar cómo los patrones culturales inciden

en los perfiles de salud de la población, dentro de este contexto de las diferencias entre los géneros en materia de salud, se puede señalar como ejemplo que la ventaja de supervivencia que exhiben las mujeres no corresponde necesariamente a una mejor salud. Existen aspectos en los cuales la mujer experimenta una mayor morbilidad que el varón, la cual se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos a lo largo de la vida, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo.

Entender la significación del género, nos permite reconocer su influencia en la salud de los individuos. En el caso concreto de la mujer, nos explica por qué la mujer enferma y muere diferente al hombre y cómo su ubicación social, los patrones, los roles, los valores, la exponen a riesgos de salud diferentes al hombre. La salud reproductiva de la mujer es el campo más fértil para evidenciar cómo su género determina su situación de salud reproductiva.

La incorporación del enfoque de género como herramienta analítica, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad, considerar los componentes del género y su interacción con otras variables (nivel educativo, clase social, momento histórico) ayuda al levantamiento de perfiles epidemiológicos menos reduccionistas de la realidad, así como a la planificación del quehacer diario del sector salud. (Mujer, Género y Salud, 1993; p. XI).

Asumo, en esta investigación, usar el enfoque de género como herramienta de análisis para la reconstrucción de lo vivido por las mujeres durante el parto, esta experiencia específicamente está nutrida de las significaciones de ser mujer en lo social, en el espacio médico, mediado a su vez por el reconocimiento que cada una de ellas tienen: de sí mismas, del derecho y conocimiento de su cuerpo y su actitud frente a la práctica médica y como la construcción socio-cultural de los binomios mujer-madre; mujer-esposa; mujer-ama de casa; mujer-abnegada, han connotado en la salud de la mujer el deterioro, la marginación doméstica, la doble jornada, la violencia médica, la expropiación de su cuerpo, su sexualidad, sus derechos reproductivos.

Construcción del género femenino en el discurso médico

...ELLOS ERAN EL MODELO HUMANO, LO DIFERENTE ERA INFERIOR,
O SEA, NOSOTRAS

La construcción socio-histórica del género femenino en el discurso médico, académico y oficial no fue construido por las propias mujeres, porque el nacimiento de la medicina como saber académico las excluyó.

Señala Attli, J. (1981) que la autonomía del saber médico en Occidente se afirma a principios del siglo XIII en la clase burguesa de las ciudades y su arte suele ser hereditario, quedaban excluidos de este saber los judíos, hijos de verdugos, bastardos y las mujeres. En el siglo XVIII, fecha en que la medicina

moderna fija su nacimiento, los temas que se proponían para las tesis requeridas para obtener el diploma de médico, eran de este tipo: “La Mujer ¿es una obra imperfecta de la naturaleza?, “¿Tienen los bastardos más carácter que los hijos legítimos?”, etc. (p. 105).

Es importante recordar que el saber médico en Occidente estuvo enclaustrado en los conventos durante diez siglos y que la religión construyó históricamente una mirada de desconfianza hacia la mujer, sostenían, con profunda convicción, que las mujeres no tenían alma y podían ser fácilmente habitadas por el demonio, razones suficientes para mantenerlas recluidas y protegidas para que alcanzaran la pureza. A título de comentario, esta construcción ideológica ha dejado una herencia cultural esquizofrénica porque las mujeres tenemos que ser puras y castas pero a la vez atractivas y provocativas, entre vírgenes y culebras. Por eso no es de extrañar que pasados los siglos, hoy veamos una miss semidesnuda diciendo que su mayor anhelo es llegar virgen al matrimonio y que su realización es tener hijos -somos María la virgen y Eva la pecadora-, al mismo tiempo.

Volviendo con los entretelones históricos, decía que la religión puso un sello imborrable en la concepción de inferioridad de la mujer, dejando esa bondadosa herencia ideológica en el saber médico impartido en las universidades, pues el clero durante la Edad Media tuvo el monopolio de las fuentes de este saber que determinó la formación de los estudiantes en dichas universidades. El cristianismo y el saber médico hicieron un pacto histórico y se

confabularon mutuamente.

En ese mismo orden de ideas ,Señala Burín, M. (1993):

> Las mujeres que sabían empíricamente de ginecología, traumatología, ungüentos, hierbas, fueron perseguidas sistemáticamente como brujas, su saber estaba fuera de los círculos oficiales. El saber femenino fue catalogado por los religiosos como brujería, pacto con el diablo, y por los científicos como criaturas irracionales "locas", ambos representaban los máximos poderes de la época. (p. 316).

Por otro lado, la medicina moderna está marcada por las huellas indelebles del corpus hipocrático, para la medicina hipocrática la salud dependía del equilibrio que reina entre los cuatro humores: sangre, bilis, agua, flema. Así que los médicos que buscaron explicación de las enfermedades en las variaciones de los flujos, estuvieron particularmente atentos, cuando se trataba de mujeres, seres llenos de secreciones, a la regularidad de sus pérdidas menstruales. Por eso, el embarazo y la maternidad se comenzaron a considerar necesarios para la buena salud, en tanto aumenta la capacidad del cuerpo femenino para desprenderse de fluidos. En el tratado "Sobre enfermedades de las mujeres" Hipócrates afirma:

> Dormirá con su marido en las épocas oportunas, porque si recibe el semen y queda encinta, se purgará al dar a luz, y, con esta purgación se eliminarán las materias que estaban retenidas: de esta manera recuperará su salud. (Citado en Tubert, S. 1991, p. 29).

La lectura explícita e implícita, niega el placer a la mujer y sólo la denota como reproductora, a la vez de asociar la salud con su función maternal. Esa imborrable herencia cultural, se expresa hoy en que la mayor demanda de atención en salud por parte de la mujer está centrada en lo ginecológico, así como también que se considere que una mujer sin hijos/as no está realizada como ser humano.

Para no entrar en una disertación histórica del origen de la concepción de la mujer en el discurso médico, mencionaremos que los pensadores más connotados de la cultura griega no produjeron aportes diferentes a la visión de la mujer, como ejemplo referiré a Platón, quien fue el primer filósofo griego que intentó explicar más reflexivamente la diferencia entre hombres y mujeres, afirma que:

> ...definitivamente el género humano era el género varón masculino y que las mujeres eran elementos que pertenecían a otra especie y que su unión y cópula, su acto sexual con los hombres -quienes eran la verdadera especie humana- eran accidentes de la naturaleza que no existieron siempre... (Citado en García, E.; 1993. p.6).

Unos cuantos años después, Aristóteles fue quien explicó de la manera más sistemática la diferencia entre los géneros masculino y femenino y su episteme ha perdurado irremediablemente en el pensamiento Occidental, para desentrañar su pensamiento filosófico me remití nuevamente a García, E. (1993), donde la autora señala que Aristóteles tomó de Platón la idea de que los hombres eran el género humano, el elemento generador de la especie, pero

además sustenta el filósofo que en un momento determinado degeneró el principio de lo masculino-humano; hombre-varón y esa degeneración produjo el aparecimiento del genos, mujer-femenino -salto atrás de la especie humana- aparecidas las mujeres no le queda más remedio a la humanidad que cargar con esa cruz de las mujeres. **La filosofía griega aristotélica legitima la diferencia como inferioridad, surge la concepción del género que ha prevalecido en Occidente hasta el presente.** (p.10).

Para ir cerrando esta somera descripción interpretativa de la historia, no puedo dejar de lado a Galeno (130 - 200 a.C), quien ha trascendido en el paso del tiempo como paradigma para los/as médicos/as de hoy, tanto es así que se hacen llamar "galenos" como símbolo de poseer el más excelso conocimiento médico, sin saber que para este notable médico la mujer es un receptáculo:

> La función del útero será la de recibir el esperma. La razón de su imperfección radica en que es más fría y húmeda que el hombre: Así como en todos los animales, el hombre es el más perfecto, igualmente en la especie humana el hombre es más perfecto que la mujer. (Citado en Tubert, S.; 1991, p. 43).

Sabemos que la medicina moderna nace y se sustenta en la producción intelectual de filósofos y médicos griegos, quienes hicieron un anclaje en la cultura occidental y sus pensamientos han marcado un hito hasta nuestros días. Con el criterio anterior se desnuda el mito de la objetividad de la ciencia; las concepciones científicas tienen un condicionamiento histórico y cultural que

permite discernir su carácter ideológico.

Así, la medicina fue construyendo una apreciación de la anatomía y la fisiología de la mujer, pero el patrón de referencia para la comparación fue el hombre, ellos que tenían en su poder la tarea de hablar del cuerpo femenino, de sus procesos, centraron la atención en aquello que les era ajeno a su cuerpo, como el útero, las menstruaciones, el embarazo. Burín, M. (1993) acota que, se esforzaron por comprender las diferencias entre los sexos; pero eso se hizo en términos jerárquicos, la mujer es más pequeña, el cerebro más pequeño, la piel más frágil, sus tejidos más húmedos, estas medidas fueron tomadas en relación al hombre. Como la mujer era diferente a ellos y como ellos eran el modelo, lo que no se parecía a ellos, es decir, lo diferente era inferior. Allí se encuentra uno de los nudos históricos de por qué la diferencia entre hombres y mujeres se expresa como desigualdad en la sociedad.

Los hombres médicos se interesaron en la Obstetricia, cuando se quebranta el pensamiento platónico que sostenía que el útero era un animal que poseía las entrañas de la mujer, rigiendo su cuerpo, su psiquis y su ubicación en la especie humana, una vez que se enteran que el útero era un órgano factible de ser controlado, pasó a ser de interés de la ciencia médica, pero sólo cambió de concepto no así de significante, el útero como órgano siguió siendo la razón de la patología femenina. El úterocentrismo conlleva a estimar como enfermedad femenina por excelencia a la histeria. Así, los sucesos femeninos como el embarazo dejaron de ser “asuntos de comadronas”,

porque era una enfermedad que ahora requería la intervención médica. La menopausia era la enfermedad definitivamente incurable y terminal de la mujer, como señalan Ehrenreich y English (1990). “Los doctores se las arreglaron para definir la auténtica naturaleza de la mujer, los orígenes de su fragilidad y los límites biológicos de su función social. Con la eliminación de las comadronas todas las mujeres cayeron bajo la hegemonía biológica de la profesión médica (p. 138).

Entonces, entre las disciplinas de la medicina, la Obstetricia va tomando auge académico y se va a ocupar de la gestación, parto y puerperio. Para enfatizar en lo ideológico de las ciencias, voy a referir un párrafo de Giberti, E. (1992) que señala el origen de la palabra obstetricia, con ello ilustrar la concepción que subyace en la medicina sobre la mujer y sus procesos reproductivos.

> La palabra obstetricia proviene del latín Taetricus - Taetrica - Taetricum (adj.): sombrío, severo. Taetre: raíz original que quiere decir “vergonzosa, indignante, de una manera repugnante”, Taeter, Taetra, Taetrum: “horrible, repugnante, asqueroso. Obs: el que se ocupa de “(...lo terrible, repugnante...); tétrico de teter: “negro, triste, demasiado serio, melancólico, manchado: tomando la acepción respecto de sombrío, 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. (p. 257).

Al paso del tiempo, los médicos han ido creciendo su participación llegando a invertirse los términos, la intervención médica ha despojado a la

mujer de su papel activo, en tanto que ellos saben y controlan el proceso de embarazo, parto y puerperio, el papel de la mujer queda reducido a "paciente". Eso explica la razón de las innumerables cesáreas, aceleración del parto, fórceps, histerectomías, etc., que en más de los casos creíbles pueden evitarse, el tiempo transcurre, pero la efracción del cuerpo de la mujer persiste, en muchos casos sin razones severas que lo justifiquen.

En relación a la enajenación del cuerpo femenino por parte de la práctica médica, Londoño (1993) señala textualmente:

> La irrupción de los "expertos" encarnados en la figura de los científicos varones de la época -en lo que era un dominio femenino- cuidado del hogar, salud de la familia, el embarazo y el parto, etc. es considerada por diversos estudiosos como "el hecho social más destacado del último siglo y medio". La medicalización sustentada en la patologización de la vida femenina y, por tanto, justificadora de la intervención médica en todos los aspectos de la misma, con su concomitante pérdida de autonomía y dependencia marcaba así un hito de profundas repercusiones en la vida de las mujeres. Las teorías que rigieron el ejercicio de la medicina a finales del siglo XIX y principios XX consistían en que el estado normal de la mujer era estar enferma. (p. 165).

Esa rasante disertación sobre la construcción histórica del género mujer en el discurso médico, era obligatorio para explicar cómo el enfoque de género rebasa lo fisiológico, sin excluirlo, centrándose en la trama de influencias recíprocas que median entre los factores biológicos ligados al sexo, las valoraciones que la cultura asigna de manera diferente a hombres y mujeres y los patrones que rigen las relaciones ínter e intra sexos.

Construcción de la ciencia y la obstetricia como saber**.**

ENTRE RÍOS Y ÁRBOLES NACIERON LOS/AS INDÍGENAS, ENTRE BATAS BLANCAS, INDIGNIDAD Y SOLEDAD NACEMOS

La Ciencia extranjera
posa su anatema en
la Obstetricia Venezolana.

Estimo necesario hacer una reseña histórica de la Obstetricia en Venezuela para entender de forma integral y no parcelada la práctica obstétrica en la actualidad.

La invasión extranjera a los pueblos de América cambió el curso de la cultura, la política, la economía y de ello no escapó la práctica médica. Por eso, haré un paneo ilustrativo de la manera como los indios/as afrontaban el embarazo, el parto, puerperio y aborto, o de la obstetricia indígena, obstetricia teúrgica, como gustan llamarla quienes escriben historia de la medicina. Este regodeo con la historia en el país es de suma importancia, ya que los cimientos del pasado entrañan algunas razones de lo que somos y hacemos, en cualquiera de los espacios societales, incluyendo el científico. En esta investigación va a ser de fundamental relevancia para la construcción del análisis, conocer lo que las mujeres han hecho, han sentido, han creído sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, para poder deducir cómo la han interpretado y comprendido quienes han diseñado la ciencia.

Entonces comenzamos con los comentarios de Gutiérrez, A. y col.

(1955), quienes dicen que:

> En la madre patria la medicina estaba más aletargada que en el resto de Europa y la Obstetricia en mantillas y que esa era la situación, cuando Maestre Alonso, Maestre Juan y Alvary Chanca, los profesionales médicos acompañantes del Almirante Colón, tuvieron su primer encuentro con el mundo primitivo de piaches... (p. 8)

Comentan estos mismos médicos historiadores venezolanos que durante la época colonial:

> ...vivíase en aquellos tiempos la era de la obstetricia empírica, la época del predominio absoluto de las comadronas, en cuyas torpes y sucias manos estaba la asistencia de los partos... (p. 4).

El párrafo anterior nos muestra con toda sencillez y sin mucho análisis el concepto que tenían sobre el saber popular de las mujeres, los médicos formados en nuestra primera Universidad, esa descalificación hacia las comadronas es la más fehaciente demostración de la herencia académica que trajo la conquista hacia el Nuevo Mundo, como suelen llamarlo quienes creen que existimos desde que los españoles nos conocieron.

Lo que se conoce sobre la medicina aborigen son extractos suministrados por los misioneros españoles, Fray Bartolomé de las Casas, en la Historia de las Indias describe:

> Se multiplicaban mucho y las indias preñadas no por eso dejaban de trabajar, cuando paren tienen muy chicos, y cuasi insensibles dolores. Si hoy paren, mañana se levantan tan sin pena como si no parieran, en pariendo

> vanse al río a lavar y luego se hayan limpias y sanas como de nuevo parir. Si enojan de sus maridos, fácilmente con ciertas hierbas o zumos, abortan, echando muertas las criaturas... (Tomado de Archivos de Historia Médica de Venezuela).

Uno de los más preparados hombres que aportaron noticias sobre la práctica médica aborigen fue el jesuita Filippo Salvadore Gilii, el padre italiano relató aspectos sobre “costumbres de los orinoqueños”, aportando que:

> ...Casi siempre las mujeres son felicísimas en sus partos. Una mujer Tamanaca como si hiciese cualquier cosa, da a luz al pie de cualquier árbol; una Manapire en su Quita (choza) y sin sentir ningún lamento. Tan pronto como ha nacido el niño, se le lava con agua fría y se le pone en sus pañales. Creo deberse en gran parte también a la habilidad de las comadronas, que en todas las tribus orinoqueñas son mujeres casadas y muy prácticas en este oficio. (Citado en Gutiérrez, A. y col.; 1955. p. 13).

Revisando varios textos que versan sobre Historia de la Obstetricia en el país y en América Latina, encontré que los autores coinciden en señalar que en los fragmentos históricos suministrados por los españoles se evidencia la impresión que les causaba a esos visitantes la insensibilidad de las indias a los dolores del parto, la limpieza inmediata post-partum, la costumbre de las madres de no guardar reposo antes ni después del parto, así como la práctica del aborto criminal, esta última palabra “criminal” la añadían dichos conquistadores y es expresión de la carga cultural que traían los españoles, quienes venían de un mundo donde hechos históricos como las guerras, las invasiones, los éxodos, la inquisición, fueron construyendo una cultura con

prejuicios, juicios y leyes sobre acciones humanas que ocurrían con naturalidad desde que el mundo es mundo. Para los aborígenes el aborto no significaba un crimen, por eso usaban las libres corrientes de los ríos para desentrañar los/as hijos/as no deseados, en su lógica de pensamiento no existía la clandestinidad del aborto.

En Flasog (1970), se hace referencia a lo interesante de destacar la repetición de este "concepto universal" que manifiestan los españoles en sus escritos sobre "la naturalidad con que las aborígenes viven el parto, el puerperio y el aborto", concepto que ponen en duda los médicos que en la actualidad hacen historia de la medicina, muchos piensan que es una apreciación poco docta de los invasores españoles.

En relación a esto, Gutiérrez, A. y Archila (1955), también afirman:

> ...Tal vez la complejidad del parto es proporcional al grado de civilización de los pueblos, pues el caso se repite donde quiera, siendo patente en la población rural de los países cultos. Entre los aborígenes venezolanos el parto se realizaba espontáneamente, sin ayuda manual ni asistencia de parteras; eran desconocidas las prácticas y operaciones obstétricas, las versiones, etc., ni siquiera la simple introducción de la mano para conseguir la dilatación de las vías genitales y acelerar el parto; tampoco parece haber sido común el uso de sustancias especiales para aumentar las contracciones uterinas o disminuir los dolores. (p. 352).

Los autores antes mencionados dicen dudar de estas aseveraciones recogidas de las escrituras de los españoles, porque por una parte, están

basadas en observaciones de personas no calificadas técnicamente y, por otra parte, porque no hay ni puede haber ninguna comprobación científica ni estadística fidedigna de que realmente el parto sea más fácil y que haya menor morbilidad y mortalidad entre los indígenas.

Para esta investigación es pertinente comentar las anteriores observaciones que los médicos hacen en sus libros de Historia de la Obstetricia, ellos junto a otros médicos que hacen historia como Suárez, H.R. y Alegría, C., coinciden en dudar de las apreciaciones de los conquistadores, por no ser doctos en la materia, aspecto que llama la atención porque la ciencia moderna se ha nutrido de la observación y de la práctica empírica del hombre, la industria farmacéutica ha patentado y producido medicamentos, basada en resultados de la terapéutica empírica, lo que demuestra que la experiencia y la observación de los "no expertos" aportan conocimientos y quienes protagonizan la vida pueden observar el comportamiento humano; si los españoles hubieran observado dolor y sufrimiento en el parto de las indias, igual lo hubieran testimoniado.

Argumentar que no hay ninguna comprobación científica ni estadística fidedigna, me parece un argumento poco afortunado, pues ellos mismos sostienen que todas las escrituras de las época relacionada con la Obstetricia indígena tienen "un concepto universal" sobre la extrema simplicidad del acto de parir en las aborígenes, estimo que el dato, el número, la estadística, como única prueba válida de la "verdad científica" queda sin validez al lado del

testimonio de asombro de una raza intrusa y perpleja frente, no “a salvajes” e “incultas” indígenas, como las llamaban nuestros propios historiadores, sino frente a otra cultura construida en la libertad de un paisaje bondadoso, con un clima pródigo, con caudalosos ríos que daban permiso para que su raza autóctona diera vida con temple, estoicismo e impasible naturalidad.

Esa resistencia a dar credibilidad a las apreciaciones de quienes fueron testigos vivientes de la vida aborigen y que además supone una observación acuciosa precisamente por la extrañeza entre razas, se debe a mi manera de juzgar, primero a una gran soberbia académica que aprendemos los universitarios, la cual nos castra la posibilidad de detenernos a oír con respeto otras voces que nos puedan nutrir y mover el entendimiento hacia otros conocimientos, si lo que oímos o leemos no se adapta a lo aprendido como “verdad” en los muros universitarios, simplemente es falso y no es científico. En relación a estas ideas, Tubert, S. (1991) parafrasea a Jaques Lacan, acotando:

> ...que la universidad en cierta medida, obstaculiza el advenimiento de significantes nuevos, si éstos atentan contra el orden de lo establecido (lo aprendido como verdad). El poder constituido funciona como un obstáculo para el reconocimiento de todo aquello que no se halla inscrito en ese saber... (p. 27).

En segundo lugar, reconocer la naturalidad del parto, coloca a los/as médicos/as de este siglo en el filo de una profunda contradicción e interrogante ¿qué hacer con lo aprendido?, frente a la naturalidad del parto, cuáles son las

respuestas a una rutina obstétrica de sueros aceleradores del parto, episiotomías, cesáreas en aumento, forceps, ecosonogramas mensuales durante el embarazo, inclusive una clínica privada que ha llegado a acelerar o provocar partos para que coincidan con fechas de nacimientos, signos zodiacales, conveniencia de vacaciones, etc., según los intereses de la madre, el padre o el/la médico/a. No es fácil bajarnos del pedestal del saber y redefinirnos como profesionales.

En uno de los párrafos anteriores referí que Gutiérrez Alfaro y colaborador estiman que -la dificultad del parto es proporcional a la civilización-, conclusión que comparto siempre y cuando aclaremos que la civilización no es una entelequia, sino un hecho histórico proporcional a la intervención del hombre en la naturaleza y la naturalidad del entorno y de la vida, siendo así, mayor "civilización" y "progreso", mayor despojo de la autonomía sobre nuestro cuerpo, las máquinas nos ahorran esfuerzo físico e intelectual, los analgésicos y anestesias nos apartan de la concentración y búsqueda del origen de los malestares, los autos nos ahorran los pasos, tal vez por eso mientras las indias parían en sus largas caminatas, sin mucho aspaviento, la mujer civilizada no se ejercita y requiere de un suero acelerador del parto, pero igual se lo suministran a una mujer que sube y baja escalones en el cerro para cargar agua todos los días, porque ella también vive en esta civilización y la práctica médica no se detiene en la diferencia, sino aplica una rutina científica donde no cabe otra voz.

En el mismo tratado de “Costumbres de los Orinoqueños”, el misionero acota:

> ...No vi ninguna que supiera precisarme el tiempo en que debía parir. Al principio al menos entre las cristianas, cuentan los meses, al preguntarles decían: he pasado dos lunas, tres lunas, etc. Pero al transcurrir unas lunas pierden pronto la cuenta, y no saben decir más cuántas son sus lunas. Lo que demuestra claramente que entre ellas no se sabe el tiempo del parto, o que al menos no se preocupan. En realidad la vecindad del parto, lo deducen de otros signos que tengan, no del número de meses pasado...

Ruíz Blanco dice de las Cumanagotas:

> Las mujeres en sus partos no se resguardan, paren en el campo o donde les coge la necesidad... y si el parto es algo recio se salen de la casa a parir al monte... cuando paren las mujeres, los maridos no salen a trabajar al monte algunos días porque no se lastime o muera el recién nacido. (Citado en Alegría, C.; 1977. p. 142).

Herrera, en su Historia General de las Indias, describe en los siguientes términos:

> ...i las mujeres paren boca a vaxo, en cuatro pies, las manos en el suelo y la comadre recibe la criatura por detrás... Esta práctica a lo mejor tendrá sus defectos, pero en cambio disminuía las probabilidades de ruptura del periné. (Citado en Alegría, C.; 1977. P. 147).

Los Médicos Gutiérrez y Archila (1955) han comprobado que la posición de parir va a depender de la tribu de que se trate. Pero en general, la posición en cuclillas es la más corriente, siendo muy extraño el de cúbito en el parto, no

puede negarse el hecho de que desde el punto de vista fisiológico es el estado más favorable para las evacuaciones de la pelvis, sea como fuere, las mujeres parturientas de la mayoría de los pueblos salvajes la suelen emplear apoyándose sobre las rodillas o sobre una estaca clavada en la tierra, y con toda seguridad dicha circunstancia tenga que ver con la observación de que la mujer primitiva, por lo común tenía partos extraordinariamente rápidos y fáciles.

En los extractos históricos antes referidos, queda ilustrada la cultura de la maternidad aborigen, la cual fue perdiéndose y sustituyéndose por costumbres traídas por una raza intrusa que juzgó de primitivas, extravagantes y absurdas las costumbres que encontraron en los/as dueños/as de la tierra que invadieron.

En la época de la colonia, fue tomando auge la presencia de la comadrona y cirujanos, la conformación social de las mujeres era heterogénea, donde la mujer europea, la india, la negra, la combinada entre razas, así como la burguesa y la esclava, tenían expectativas, emociones y prácticas diferentes frente a la razón de traer vidas al mundo. Cada raza, cada clase social, cada individualidad, entrañaban miradas particulares sobre la maternidad. Pero, con el transcurrir del tiempo la ciencia que se consolidó como única y verdadera, la que alcanzó la hegemonía del saber, homogeneizó nuestras diferencias y nos acostó en serie en la mesa obstétrica. Quien arrancó el instinto de parir según las exigencias de nuestro cuerpo fue el famoso “tocólogo” Mauricean, hombre y francés, quien tal vez por no haber parido nunca, tuvo la conspicua idea de

imponernos la posición acostada, como la mejor manera de parir. Poniendo a la parturienta a la altura del banco donde se sientan los/as obstetras, resuelven su malestar ocupacional “el dolor de espalda” que ocasionaba el recibir la nueva vida con la mujer en cuclillas, pero contraponen la ley de gravedad, la anatomía corporal, en una palabra, se favorece al/la médico/a y se invalida a la mujer.

Pasado el tiempo, hacia la post-independencia comienzan algunos avances en obstetricia, el Dr. J. M. Vargas regresa del extranjero a Venezuela y hace importantes transformaciones en los estudios médicos en el país, como la incorporación de la enseñanza de “Obstetricia y Partos” al pensum universitario en 1832, la introducción del forceps obstétrico, de la posición dorsal para el parto y del uso del cornezuelo de centeno en las inercias uterinas y hemorragias ginecológicas. Una vez que el Dr. Vargas formó escuela, se formaron discípulos que aportaron nuevas técnicas, nuevas terapéuticas en la obstetricia y ginecología, todas traídas de sus estudios en el extranjero.

La primera cesárea en mujer viva fue en 1820, por el Dr. Alonzo Ruiz Moreno, quien practicó también la embriotomía; la salpingectomía por embarazo ectópico en 1867 por Nicanor Guardia; la primera ovariotomía en 1874 por Francisco Bustamante; en fin, la obstetricia como disciplina académica toma fuerza y los médicos fueron ocupando un espacio antes resuelto por las propias parturientas y/o por las mujeres comadronas. Es meritorio mencionar que el Dr. Vargas fue uno de los médicos que reconoció la importancia del trabajo de esas sanadoras empíricas y les dio cursos básicos

en la Facultad Médica de Caracas, capacitándolas para ejercer mejor su arte de partear.

En el presente siglo comienza la extensión de los servicios obstétricos en el país, es a partir de 1936 cuando se multiplican en el país las maternidades aisladas o las secciones obstétricas de los hospitales generales. En 1939 entra en funcionamiento la Maternidad “Concepción Palacios” de Caracas, centro público de actividad asistencial, docente y de investigación en la actualidad.

A fines de siglo nos encontramos con una Maternidad “Concepción Palacios” abarrotada de trabajo y de parturientas, sin suficiente capacidad para cumplir sus funciones, al igual que se encuentran los demás centros públicos del país, con las áreas obstétricas colapsadas, con un personal desgastado por el trabajo, con una práctica rutinaria obstétrica que no distingue particularidades de las parturientas, no da tiempo para dar cuenta de la edad, la paridad, la dilatación del canal de parto y mucho menos de los temores, deseos, aprensiones, sentimientos de esas mujeres que paren en salas colmadas de mujeres y hombres con batas blancas y verdes, abarrotadas de congéneres pariendo, pero cada una en la más absoluta soledad, con gritos o en el más absoluto silencio manifiestan su protesta a una episiotomía sin anestesia, a un/una hijo/a que se lo llevan sin poder abrazarlos/as, a una posición indigna en los ganchos obstétricos, a un trato que las despoja de su cuerpo y de sus crías.

PASOS PARA RECONSTRUIR UN CONOCIMIENTO ENTRELAZADO EN LA SUBJETIVIDAD DE LO VIVIDO

Grupo humano sujeto del estudio

LAS QUE SOBREVIVIERON Y VIVIERON EL PARTO

Las entrevistas se realizaron a mujeres multíparas que tuvieron experiencia de parto en el Hospital Central de Maracay y en la Sala de Parto de Turmero, lugares donde la atención al parto se concibe y se asiste de maneras diferentes; en el Hospital Central de Maracay persiste sobre el parto una concepción y una práctica interventora y medicalizada, en la Sala de Parto de Turmero se concibe el parto como un proceso natural y la práctica médica es de vigilancia y no interventora.

La representatividad de la información que en este abordaje cualitativo, no está dada por lo cuantitativo, sino por la calidad de la información, se obtuvo con 18 entrevistas enfocadas, con este número de testimonios se alcanzó el punto de saturación del conocimiento, sugerido por Bertox (citado en Marinas, J. y col(a); 1993. p. 27), el cual consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales. Para ello, comencé a realizar las entrevistas y concomitantemente construyendo los análisis, llegó un momento donde las nuevas entrevistas únicamente confirmaban lo que venía

construyendo (se marca la parte de relaciones socio-estructurales) sólo se añadían ligeras variaciones individuales, ya se había alcanzado la tendencia en la información recogida, éste es el punto de saturación.

Las entrevistadas, a través de los relatos de las dos experiencias, fueron reconstruyendo su propia visión de lo vivido en cada situación, generándose un conocimiento que permitió sistematizar un análisis comparativo de los impactos que ocasionan un parto medicalizado y un parto natural en la salud y en la vida de ellas.

Técnicas Participativas - Entrevista Enfocada

LO QUE ELLAS CUENTAN ES CONOCIMIENTO

En las bases conceptuales de esta investigación, se dio cuerpo teórico a la razón de optar por la metodología cualitativa. Sin desmerecer los increíbles aportes de lo cuántico en la ciencia y concretamente en el área del proceso salud-enfermedad, consideré novedoso, actual y pertinente hacer un trabajo donde como investigadora proponga el problema, pero la construcción del análisis surja de la experiencia vivida y sentida por los sujetos, quienes son impactados por el problema.

Partiendo de que los datos cuánticos tradicionales refieren en la mujer un deterioro de la salud reproductiva, el cual se convierte en un problema de salud pública, enmarcaré mi trabajo dentro de la disciplina epidemiológica, que tiene como objetivo el estudio de los fenómenos de salud y enfermedad a nivel

colectivo y de grupos humanos, para explicar los problemas de salud, fundamentar las acciones de transformación y evaluar el impacto de dichas acciones sobre la situación de salud de los diferentes grupos de la población.

Para discutir lo metodológico estimo pertinente ubicar desde qué disciplina de las ciencias de la salud estoy hablando, pues en la epidemiología se han dado pasos importantes en los terrenos metodológicos cualitativos, como una manera de encontrar otras respuestas a los problemas de salud de los diferentes grupos humanos. Se ha reconocido que en el proceso salud-enfermedad, configuran problemas cuasiestructurales, donde intervienen conjuntos complejos de variables, muchas de las cuales no son conocidas y/o no conocemos su probabilidad (Castellano, P.; 1989, p. 10).

Lo expuesto anteriormente, conlleva a que aparezca una necesidad de buscar en lo que han llamado lo "subjetivo", una vía válida y científica de percibir y valorar en los diferentes actores sociales y grupos de población la situación de salud. En un trabajo presentado para la reunión sobre Abordaje y Métodos para Estudiar Diferenciales de Salud Según Condiciones de Vida a realizarse en Brasilia en 1989, se señalaron algunas técnicas para el estudio de lo subjetivo en la situación de salud, identificando como adecuadas las "técnicas participativas" (observación participante, informantes claves, entrevistas a profundidad, entrevista enfocada, historia de vida), porque incorporan los abordajes individuales, mientras que las técnicas de consenso (encuestas, cuestionarios) las excluyen. Lo característico de este grupo de técnicas

participativas es el uso del lenguaje, intercambio activo entre el(la) investigador(a) y los(as) investigados(as). Levi, S. (1968) dice: Que con estas técnicas se desdibuja el límite entre investigador(a) e investigado(a). El investigador(a) pertenece al mismo orden de la realidad que investiga, forma parte de la investigación.

Extender el campo de la observación a lo subjetivo es trabajar el espacio de la comunicación entre investigador(a) y sociedad, y requiere utilizar los aportes de la lingüística. A diferencia de las encuestas, que se mantienen en el espacio de la incidencia de los fenómenos, las técnicas participativas se introducen en el espacio de la producción de los fenómenos y abren la posibilidad de la motivación y del propio sentido de los fenómenos (Crozier, M., 1970).

De las diversas técnicas participativas, se optó por las entrevistas enfocadas, las cuales son consideradas según Merton, R., como un tipo de entrevista en profundidad (citado en Ruiz, J. y col., 1989. p. 153); lo que la diferencia es la concreción, trata de un foco de interés, una experiencia, una situación, va dirigida a personas concretas, caracterizadas, escogidas previamente por haber tomado parte en esas situaciones o haber vivido esas experiencias.

Las características que mejor definen a una entrevista enfocada son (Ruiz, J. y col., 1989):

Las personas entrevistadas son sujetos de quienes se sabe que han intervenido con la situación a investigar.

El investigador(a) conoce la situación con sus elementos, esquemas, procesos y estructura total y la ha analizado sistemáticamente.

La entrevista se concentra, enfoca, en la experiencia subjetiva de las personas seleccionadas, con el objetivo de conseguir de ellas su propia visión de la situación.

La entrevista está siempre abierta a que, respuestas o relatos imprevistos den pie a nuevas hipótesis o interpretación de la experiencia.

La entrevista es de carácter individual, es decir, que la conversación se desarrolla entre investigador(a) - entrevistado(a), pero no impide que se repitan las entrevistas, sobre el mismo tema, a otras personas.

Construcción del análisis

DESPUÉS DE TANTO TRANSITAR, CONSTRUIMOS UN CONOCIMIENTO DESDE LA PALABRA FEMENINA.

El análisis tiene como finalidad, la comprensión del mundo tal y como la dimensiona el(la) propio(a) entrevistado(a). Su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del sujeto, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el investigador(a) e investigado(a) entran en un proceso descontructivo-constructivo de la realidad social.

Ruiz, J. y col. (1989) sistematizarán una serie de momentos del análisis,

con la intención de explicar metodológicamente cómo a través del relato se va reconstruyendo el constructo personal de la situación a investigar. (p. 151).

> La propia elaboración de este construct permite al investigador descubrir, por un lado, el efecto de la totalidad de este gestalt personal, y, por otro, comprobar el alcance e importancia de cada uno de sus elementos, por separado. La totalidad del individuo (con su unicidad y su exclusiva visión del mundo) entrevistado es respetada y reflejada en la totalidad de su construct.
>
> La reconstrucción del relato en forma de construct equivale a una modelización del mismo y con ello, de las creencias y valores del propio entrevistado. Se convierte así en un método de modelizar las creencias de las personas de forma diagramada.
>
> Una vez elaborado el modelo, él mismo se transforma en instrumento de búsqueda y de clave interpretativa de todos aquellos elementos que, a primera vista, quedan dispersos y continúan sin base de interpretación. Con él se puede explicitar, explorar y proyectar un esquema hipotéticamente explicativo de la visión del mundo del entrevistado. Es decir, con el mapa cognitivo se pueden formular preguntas y obtener respuestas que, en realidad equivalen a teorizaciones explanatorias del universal concreto comprendido en cada construct individual.

Momentos Metodológicos:

- Se señalan los conceptos-eventos nucleares-críticos de todo el relato.
- Se elaboran las categorías pertenecientes a/y comprensivas de estos núcleos, con lo que se procede a codificar todo el relato en base a estas mismas categorías.
- Se inspecciona de nuevo el relato para detectar los clusters de conceptos (eventos) que pasan a constituir

categorías sustantivas o variables densas, obtenidas a partir de los conceptos concretos del individuo.

- Se establecen las relaciones (conexión-oposición y jerarquización) existentes entre estas categorías, con lo que se puede diseñar un diagrama conceptual del relato.

- El diagrama (relaciones, jerarquía, dirección) permite alcanzar una visión globalizadora a modo Gestalt, que ofrece tentativamente el construct individual.

- Este construct global se adopta como modelo interpretativo para entender, explicar e integrar en él el resto de elementos del relato que quedaban aún inconexos, sin sentido, discrepantes.

- Se llega a un construct-modelo final, que puede ser sometido a control a colegas, testigos y al propio entrevistado para su confirmación.

- Se teoriza sobre este universal concreto y se elabora la definición de la situación y la visión particular del mundo que contiene.

JUNTAMOS LO QUE VIVIMOS PARA CONSTRUIR UN SABER DESDE NOSOTRAS MISMAS

Todas las verdades aguardan en
todas las cosas,
ni se apresuran, ni se demoran
no precisan de forceps del cirujano.

(Walt Witman).

Todas las mujeres entrevistadas centraron su interés en relatar la importancia que para ellas significó la presencia de alguien cercano durante el trabajo de parto y/o el propio proceso de parto, como un factor fundamental en el bienestar emocional de ellas.

Parir en el Hospital Central de Maracay dejó en ellas la sensación de haber estado aisladas y abandonadas durante su trabajo de parto, relataron que una vez que eran ingresadas en la sala de parto del Hospital, se les impedía la comunicación y compañía de su pareja, familiares o amigos/as.

Nadie puede poner en duda que una mujer en proceso de parto requiere de un apoyo afectivo, de una relación de confianza que le brinde seguridad emocional en un momento de vital importancia en la vida de ella, sea una maternidad deseada o no, sea una madre soltera o con pareja, sea primeriza o multípara, en fin, sea cualquiera la condición personal, la parturienta tiene el derecho humano de decidir si desea tener compañía o estar sola durante su

experiencia de parto. Es violatorio de los derechos humanos que se le impida de manera coercitiva la posibilidad de estar acompañada durante su proceso de parto, el cual constituye un momento natural de su vida y no un momento médico, por lo que a quien debería corresponder tomar decisiones al respecto es a la mujer y no al aparato médico.

Todas las entrevistadas cuando refirieron sus experiencias en el Hospital Central de Maracay expresaron su malestar en relación a la ausencia de sus seres queridos durante el trabajo de parto.

No tener la posibilidad de comunicación conlleva no solo a la falta de apoyo emocional, sino a consecuencias más concretas como no tener ropa ni sábanas y en muchos casos carecer de un medicamento que debía ser comprado fuera del Hospital. Las mujeres en la mayoría de los casos se quedaban durante muchas horas, inclusive días, apenas con la ropa que llevaban puesta, postradas en esas camillas sin una sábana que las cubriera, sin posibilidades de satisfacer las necesidades básicas de higiene.

Las mujeres sintieron que ese espacio hospitalario era ajeno y hostil, que al privarlas del contacto con los suyos se exacerbaban en ellas sentimientos de soledad, tristeza y temores que no podían compartir con nadie y que tampoco el personal que allí labora hacía un pequeño esfuerzo humano por solventarlos.

No sólo predominó en ellas un sentimiento de abandono, sino de inseguridad por lo que pudiera pasarles sin que personas cercanas se

informaran para poder auxiliarlas. También manifestaron un gran reclamo por las penurias que sufrieron sus parejas y/o familiares mientras ellas estaban aisladas en el área de parto.

Sólo basta con leer los fragmentos de algunas entrevistas para dimensionar las condiciones en que paren miles de mujeres en la mayoría de los centros públicos del país.

> Después que entré a la sala de parto no supe nada de mis familiares hasta en la tarde, ellos desde temprano estaban dando vueltas por todo el Hospital, pero nadie les daba información, ni siquiera allí sabían mi nombre, pues entré a parir sin que me tomaran los datos... no había personal para hacer las historias... (Entrevista Nº 2).
>
> ... con algunas personas enviaba mensajes a mis familiares , ellos no sabían nada de mí desde hacía muchas horas, cuando ingresé a la sala fue de emergencia por el sangramiento y no me tomaron el nombre... Mi mamá creía que yo había muerto y que no le querían decir, en la madrugada del otro día fue que pudo averiguar sobre mi estado de salud, pero no le informaron sobre lo que le había pasado al niño, me pudieron enviar sábanas, pero no pudimos hablar ni vernos.
> Cuando supe que mi bebé había muerto, no podía ni respirar, no tuve a nadie con quien desahogarme, tuve que aguantar ese dolor, esa tristeza hasta la hora de visita, es tan dramático todo, que mi familia no sabía lo del niño hasta que me vieron, imagínese el impacto para todos, hasta esa hora de visita no había comido ni tomado agua, puede decirse que tenía dos días de aislamiento, de hambre y de tristeza... (Entrevista Nº 4).
>
> Para ir al baño nos turnábamos una señora y yo, cuando ella iba yo cuidaba los bebés y así hicimos en la noche siguiente, allí uno está con malicia, casi no dormía, quería irme a mi casa... (Entrevista Nº 6).

.... A todas éstas mi mamá no sabía nada de mí, caminaba por aquí y por allá y nadie le daba razón, no sé cómo ella habló con una enfermera y le explicó que estaba muy preocupada porque hacía mucho tiempo que su hija la dejaron en la sala de parto y como era hipertensa ella temía que se le hubiera subido la tensión durante el parto, la enfermera sin consideración le contestó: "Hay que averiguar, porque yo escuché que esta mañana murió una por preeclampsia y se cansaron de buscar los familiares y no los encontraron". Mi pobre vieja se puso a llorar estaba desesperada, entonces le ofreció un regalito a una de las que limpian para que me buscara, la señora entró y preguntó por mi nombre, yo la llamé y ella fue quien me ayudó a bajarme y me sostuvo un rato porque no me mantenía de pié, de los mareos y del cansancio. (Entrevista Nº 15).

... me dejaron eso ahí y en eso venía subiendo mi mamá, claro mi mamá no sabía que yo estaba pasando por esa situación, yo lo que hice fue ponerme a llorar, llorar, mamá yo no quiero estar más aquí, ¡sácame! "cómo te saco si tienen que darte de alta", yo le dije que ¡NO!, yo voy a firmar mi historia y me voy. Así que firmé mi historia y me vine. En el transcurso de ese tiempo yo pensé, por eso era que yo no quería tener más hijos, me daba miedo tener que ir al hospital otra vez. Porque eso fue horrible. (Entrevista Nº 13).

Cuando apenas sentí los dolores fui al hospital con mi cuñado, me dejaron porque estaba dilatada, me quedé sola pero estaba tranquila porque no tenía dolores fuertes y no habían casi mujeres en parto, a pesar de que éramos pocas, no me atendieron bien, todas las enfermeras hablando, echando chistes con los doctores, no se dignaban a tomarlo en cuenta a uno, lo examinaban y todo pero como un trabajo rutinario, sin apego, creo que las personas que escogen esa profesión deben ser muy humanos. (Entrevista Nº 11).

... pasé sola a la sala de parto, le dejé a mi mamá el bolso porque creí que podía pasar un momentico y dejármelo, no sabía realmente cómo eran las cosas allí, una vez que entré me quedé aislada y a mi mamá no la dejaban ni asomarse, ella después me contó que peleó con un tipo

> porque ella insistía en pasar sólo para darme el bolso, mi hermana que es más atrevida, a la fuerza logró entrar rapidito y me dio la ropa, pero cuando logró entrar ya había parido, estaba casi desnuda y el bebé también. Tuve al niño a las 9 am y eran casi las 11 am y no me lo entregaban, estuve ahí esperando en una camilla sin sábanas y esperando ver a mi bebé, acostada sin poder hacer nada. (Entrevista Nº 12).

Los testimonios evidencian fehacientemente que a todas ellas las invadía un sentimiento de impotencia frente a ese ambiente hospitalario, distante de ofrecerles una atención gratificante, donde la carencia de apoyo afectivo tanto por la prohibición de compañía, como por la indolencia del personal de salud, se transforma en una de las primeras agresiones institucionales a que son sometidas las mujeres en el área obstétrica del hospital.

En relación a esa indiferencia del equipo de salud hacia las exigencias de apoyo emocional, dice Clavreul, l. (1983):

> ... la medicina nos reduce al silencio. No hay ninguna razón que pueda oponerse a la razón médica, y es raro que el médico recoja, de las manifestaciones de su paciente, algo que no pueda ocupar un sitio en el discurso médico.

Hago referencia a la argumentación de este autor, porque las mujeres que expresan su malestar, su impotencia con gritos, llantos y exigencias continuas de atención durante el trabajo de parto, no son tomadas en cuenta por un lado, por el exceso de trabajo, por la rutina que se consume la buena

voluntad del personal de salud, pero además en esa indolencia médica se anida una lógica del aprendizaje médico, que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia. Lo que las mujeres dicen y hacen durante el proceso de parto tiene que ver más con la necesidad de ser oídas, queridas, acompañadas, que con un dolor físico y esa necesidad no está catalogada como de atención prioritaria por parte del médico/a, quien actúa como técnico/a de salud frente al parto, su atención se centra en los centímetros de dilatación, presión arterial, temperatura, posición del feto, etc., prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo síquico, es asunto de sicólogos o siquiatras, dentro de la clasificación del saber médico, la dimensión subjetiva del sufrimiento se ignora frente a la dimensión objetiva del saber.

Tuber, S. (1991), cita que:

> En realidad, hay un único discurso sobre el sufrimiento, que es el de la persona que lo experimenta. La medicina no puede ni quiere, saber nada de ese sufrimiento: lo transforma en dolor, opresión, fiebre, etc. El sufrimiento existe para el médico sólo como síntoma, es decir, en tanto se puede formular con los significantes que constituyen un síndrome que tiene ya un lugar establecido en la nosología. (p. 25).

La presencia de personas que brinden apoyo y afecto a las parturientas es tan importante que en investigaciones realizadas en Guatemala en mujeres pobres que daban a luz en hospitales, se comprobó que la presencia de una

acompañante (doula) durante el parto, crea un factor que aceleraba el trabajo de parto y reducía la necesidad de cesáreas. Estas doulas eran mujeres que tenían un entrenamiento especial y hablaban el mismo lenguaje que las pacientes, estaban a su lado desde la admisión hasta el nacimiento y les otorgaban apoyo y afecto. (ISIS-Internacional; 1993: p.37).

La revista antes señalada, cita que la Asamblea Mundial de la Salud, reconoció en 1992, la necesidad de lograr el fortalecimiento de la enfermería y la partería, en apoyo a las estrategias de Salud Para Todos, especialmente porque la práctica de esta profesión ha probado ser segura, accesible y muy efectiva en satisfacer las necesidades afectivas de las mujeres, por lo que es bien aceptado por las parturientas.

En relación a las dos citas anteriores consideramos que es importante agregar que además de fortalecer el papel de las enfermeras y de parteras, también es necesario replantearse el papel de los/as médicos/as en relación a su obligación de brindar apoyo y trato personalizado a las mujeres.

La experiencia vivida por las entrevistadas durante el parto en la Sala de Turmero, demuestra que es posible lograr en una institución pública un ambiente acogedor, donde las embarazadas puedan si así lo desean, acceder a la compañía de su pareja o de alguien que ellas estimen que pueda estar a su lado, y en caso de que ellas no tengan quien las acompañe todo el personal de salud debe encontrarse dispuesto y entrenado para asistir y apoyar

emocionalmente a las parturientas.

> Mi esposo estuvo allí todo el tiempo dándome fuerzas y ánimo, eso nunca lo olvidaré, no creí que uno podía parir junto a su marido... (Entrevista Nº 1).
>
> Después que parí, quise bañarme y una de las señoras que limpian me acompañó y esperó un rato en la puerta y preguntaba si no estaba mareada... como no tenía a nadie, porque no estamos acostumbradas a que la familia puede acompañarnos, las mujeres de allí me buscaron un jugo y unas galletas... (Entrevista Nº 2).
>
> ...Me senté en la pelota a hacer ejercicios, estábamos varias mujeres allí; bromeando con los ejercicios, entre la caminadera, el cafecito, me fui tranquilizando, estaba con mi hermana todo el tiempo,... (Entrevista Nº 8).
>
> Mi esposo vio nacer al niño, como yo quería verlo, las enfermeras y mi esposo me ayudaron a levantarme un poco... lloramos de alegría y la doctora hacía chistes de vernos así, fue como estar en familia... (Entrevista Nº 3).
>
> Esa doctora que es un amor le dijo a mi esposo que se podía quedar y me preguntó si yo quería que se quedara, a mí me daba un poco de miedo, no fuera a desmayarse, él es cobardísimo, pero él quiso quedarse y se puso por detrás de mí, me mantuvo semi-sentada, me sobaba la barriga como se lo indicaba una enfermera que estaba con nosotros, cuando nació cerré los ojos, no me atreví a ver, mi marido lo vio todo, él decía mira que lindo como asomó su cabeza, él se asomaba por encima de mi hombro, estaba contentísimo, "esa niña es igualita a mí, parece varón... (Entrevista Nº 5).

Las mujeres que no pueden pagar la salud, sufren con mayor impacto las privaciones de las necesidades más elementales de atención en salud. Por eso es importante reseñar las experiencias de mujeres que han sido atendidas con dignidad en un lugar público del Estado, pues en relación al

derecho a la compañía y al trato humano por parte del equipo de salud, sabemos que ha sido un privilegio que disfrutan quienes pueden comprar ese derecho humano. Inclusive en algunas clínicas privadas desde hace algunos años para acá, se puso de moda acceder a la compañía de la pareja durante el momento del parto, el snob del parto natural, el parto en agua y otras innovaciones, pero todas ellas como privilegios reservados para cada vez más un pequeño sector de la sociedad. Además, sin dejar de destacar que la presencia de la pareja en el momento del parto en las clínicas privadas, no responde en la mayoría de las veces a un cambio conceptual del ejercicio médico que signifique que se han deslastrado de la concepción del embarazo y el parto como enfermedad y del médico como dueño del parto, sino ha sido más bien una concesión para quienes pueden comprar la salud, una concesión snobista en la que predominó el interés económico por encima del cambio ideológico de la actitud médica, pues aún con todo y el padre presente en ese helado pabellón privado, los/as médicos/as siguen con sus batas y tapaboca verdes, con su bisturí en mano para la episiotomía, con los forceps, la anestesia epidural y todo cuanto instrumento inventen en nombre del progreso y las nuevas tecnologías reproductivas, que han enriquecido la industria médica y empobrecido la autonomía del cuerpo de la mujer.

Han sido los movimientos de mujeres, el interés de los estudios de salud con perspectiva de género, el innegable aumento de la morbi-mortalidad materna a pesar de que los partos en su mayoría se hacen en instituciones

hospitalarias, lo que ha llevado a que organismos no gubernamentales y gubernamentales de los países de América Latina y El Caribe y organismos internacionales se pronuncien en favor de la búsqueda de alternativas y estrategias que incidan en un cambio de la concepción médica del embarazo y el parto. En relación a esto la OPS (1985) ha recomendado, como ya lo mencioné en el Problema de esta investigación, que se debe asegurar el bienestar de la madre, mediante el libre acceso de una/un acompañante elegido por ella durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, además de la obligación que tiene el equipo de salud de suministrarle apoyo emocional a la madre.

Este último aspecto que apela a la obligación del equipo de salud de brindar apoyo a la parturienta, dista mucho de la realidad que viven las mujeres que paren en la mayoría de los centros públicos de salud.

Las mujeres saben cuándo están listas para parir, cuándo un dolor es inaguantable, cuándo están mareadas, con tensión baja, etc., pero no son oídas y por lo tanto no son atendidas, porque los profesionales dudan de lo que dicen “sus pacientes” en tanto contradiga lo que aprendieron como técnicos/as de la salud. No sólo se ponen sordos/as frente a las necesidades emocionales y afectivas, sino también a las necesidades de atención primaria, lo que constituye un maltrato médico hacia la mujer, ellas deben solventarse por sí mismas las necesidades más primarias en los momentos más críticos del trabajo de parto.

... ya cuando estaba bien dilatada, el médico me dijo: “váyase para los ganchos”, me fui caminando solita por esa sala, no aguantaba los dolores, como nadie me ayudaba, me arranqué el pitosín, tenía rato rogando que me quitaran ese maldito suero y nadie me hacía caso... (Entrevista Nº 1).

... Cuando llegué al Hospital Central de Maracay estaba pariendo, pero como no había personal para hacer las historias, me dejaron afuera, no aguanté los dolores y me metí para adentro, las enfermeras me gritaban: “sálgase, ahorita no hay médico que la atienda”, yo le suplicaba que me acostaran y ellas insistían en que me saliera, entonces a juro me monté en una camilla con ayuda de una señora que también estaba pariendo... si no hubiera hecho eso, hubiera parido al niño en el suelo. (Entrevista Nº 2).

... de ver cómo trataban a las demás mujeres, no decía nada pero sentía que tenía el niño afuera, no sabía qué hacer, en eso pasó una doctora y pensé tal vez como es mujer sea más amable, la llamé y le expliqué que no aguantaba más y que nadie me hacía caso, se puso los guantes, me hizo el tacto y dijo: “estás lista”, ni siquiera porque el niño estaba coronado me ayudaron a pasar a los ganchos, fui caminando y me subí sola, ya no llegaba... el médico que me atendió me dijo: “respire profundo y suelte por la boca” y me picó sin anestesia... me cosieron en carne viva, como me quejaba porque estaba maltratada, él me gritó: “si quieres, te dejo así y si te mueres es tu problema”. (Entrevista Nº 6).

En las dos experiencias de parto en el Hospital, he visto y vivido un maltrato por parte de todo el personal hacia las mujeres, nos decían groserías de todo tipo; “mira niña, cuando estabas haciendo el muchacho no te quejabas”, “después que gozas vienes a llorar pa´ca”, los insultos eran horribles, yo trataba de estar calladita, pero a veces uno no aguanta, pues para que lo atiendan hay que gritar y formar un alboroto, es la única manera de que entiendan de que de verdad uno está pariendo, si la mujer se queda callada aguantando pare los muchachos en el suelo, una enfermera gritaba: “si siguen chillando el doctor se pone peor y no las atiende, así que aguanten calladas, se ponen a tener muchachos para luego venir a joder para

> acá”... (Entrevista Nº 5).
>
> En realidad tuve atención médica, en ese momento era la única que iba a parir, habían dos médicos y varias enfermeras. Cuando me indicaron que fuera a los ganchos, fui sola, caminando, a pesar de que no habían muchas mujeres no se puede decir que eran amables, me atendieron bien pero con un trato personal distante... (Entrevista Nº 12).
>
> ... recuerdo que tenía muchos dolores y el doctor hablando con una enfermera y no terminaba de tomarme los datos, yo desesperada por los dolores, ellos echando chistes, pero no me atrevía a decir nada. Al fin me pasaron a una camilla, ya sentía que iba a parir, la niña se me estaba saliendo, estaba sola, nerviosa, creía que nacía allí y se podía caer al suelo, una señora Testigo de Jehová que también estaba pariendo, me tranquilizó, en la sala no había ningún personal cerca, estaban retirados, le dijimos a una señora que limpia que buscara al médico, vino, me examinó y dijo: “no pujes, no pujes”, le dije que quería parir ahí mismo, pero me obligó a caminar sola hasta los ganchos, esa niña no nació mientras iba a los ganchos porque Dios es muy bueno... (Entrevista Nº 14).
>
> No había dormido nada, cuando estaba en la camilla con el suero y ese malestar, deseaba estar con alguien querido, la soledad que uno siente es triste, la mujer tiene que defenderse como pueda en ese lugar... Cuando estaba pariendo, estaba tan cansada que no podía pujar, no tenía fuerzas, el doctor se montó arriba de la barriga para ayudarme y así sacó al bebé, él fue muy amable, me trató bien, **porque una persona amiga que trabaja en el Hospital le dijo que me ayudara**... (Entrevista Nº 9).

La OPS (1994) en su Publicación Científica Nº 553 que versa sobre “La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos”, se pronuncia con un discurso que apoya el principal instrumento moderno derivado de la Declaración Universal para la protección de los derechos humanos de la mujer que es en la

actualidad, la "Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer", aprobada en 1979 (p. 2). En esta publicación en su Capítulo 2: Negligencia generalizada respecto a la salud de la mujer, en el aparte -Salud en la reproducción-; reconocen que la falta de servicios obstétricos, de atención pre-natal y de servicios médicos relacionados con la salud en la reproducción, producen tasas innecesariamente altas de morbilidad y mortalidad maternas. Definen además que:

> ... la salud en la reproducción implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar de las relaciones sexuales. Implica, además, que la reproducción se completa de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo sano del lactante y del niño. Por último, implica que la mujer puede vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para la salud, y que las personas pueden tener relaciones sexuales seguras. (p. 13).

Haciendo una revisión crítica de los discursos de la OPS en relación a la salud reproductiva y los derechos humanos de la mujer, se puede observar un reconocimiento de la necesidad de prestar atención a la totalidad de los derechos humanos, más allá de la previsión de servicios médicos, de enfermería y de otros servicios conexos, y contribuir de diferentes maneras y en distintos niveles a la consecución y conservación de la salud de la mujer.

Sin embargo, la lógica que predomina en el discurso de OPS está sesgada, otorgándole a los derechos a la asistencia médica y a los beneficios

de los adelantos científicos el mayor peso para alcanzar la protección de la salud de la mujer. Aún reconociendo que la OPS en las últimas décadas ha girado su interés hacia el enfoque de género, entendiendo el problema de la discriminación contra la mujer como un fenómeno socio-cultural que incide en el proceso salud-enfermedad, así como también se ha pronunciado en contra de la medicalización del embarazo y el parto, no se puede dejar de decir que lo biológico-asistencialista ha marcado su impronta en la concepción de la salud reproductiva de la mujer. Esto conlleva a que la OPS no se pronuncie explícitamente sobre la violencia médica expresada en la indolencia humana del equipo de salud frente a las necesidades de apoyo emocional de las mujeres, como un factor fundamental a tomar en cuenta cuando se contemplan los aspectos que dificultan la consecución y conservación de la salud femenina, no se puede seguir soslayando el hecho de que esta conducta médica debe ser materia de la discusión ética. Entre los mecanismos de los derechos humanos para la protección de la salud de la mujer, se refiere la responsabilidad de los profesionales sanitarios en relación a estos derechos y se plantean cuales son los problemas que tienen que enfrentar estos profesionales en el plano de la microética y la macroética, pero dentro de esos planteamientos no es tratado como violatorio de los derechos humanos, esa actitud médica desconocedora de la obligación de dar apoyo emocional y satisfacción a las necesidades que trasciende la atención y el ámbito de la técnica. En virtud de esa ausencia de discusión y tomando ventaja de que la

OPS (1994) reconoce: que es necesario desarrollar más exhaustivamente el tema de las normas éticas específicas para la promoción y protección de la salud de la mujer, así como también reconoce que el hecho de que una forma de práctica de atención médica cumpla con las normas de la legislación existente, no significa, por sí misma, que esa práctica sea ética (p. 56), estimo impostergable la tarea de abocarse a darle solidez a la discusión de la indolencia médica como un problema ético que trasciende la atención y el ámbito técnico, pero que dificulta la consecución y prosecución de la salud de la mujer.

La cultura y la religión se han dado la mano históricamente para construir en el imaginario colectivo una concepción sobre el embarazo y el parto como algo doloroso, traumático, disociado de lo placentero y gratificante. La sentencia judeo-cristiana: "... y parirás con dolor..." ha cercenado la posibilidad de reconstruir colectivamente otra manera de concebir la maternidad, todas estas anatemas socio-históricas han impregnado la ciencia médica y con el paso de los siglos el aparato médico en su proceso de etiquetaje de las diferentes etapas de la vida humana, colocó al embarazo y al parto en la categoría de enfermedad; entonces la mujer embarazada, sin estar enferma y sin tener en la mayoría de los casos impedimentos para parir, acuden al médico y son atendidas y etiquetadas como "pacientes".

Dentro de este contexto vale la pena recordar una apreciación de Herbert Read, pionero de las técnicas del parto sin temor, quien dice que:

> La superstición, la civilización y la cultura han influido en la mente de las mujeres introduciendo temores y angustias injustificables respecto al parto. Cuando mayor es el desarrollo cultural, mayor es el concepto de que el parto es una prueba peligrosa y dolorosa. (Citado por Giberti, E., 1990. p. 113).

Las mujeres se llenas de miedos, temores y ansiedades que nadie en el ámbito hospitalario puede sosegar porque esos/as profesionales son también reproducción de una cultura académica que no da cuenta de la morbilidad espiritual, por ponerle algún nombre accesible al lenguaje médico. Por eso, esos daños ocasionados a las mujeres no son referidos en cifras y en perfiles epidemiológicos, quedan ocultos entre los índices tradicionales de salud que hablan de ausencia o presencia de enfermedad, pero no pueden decir nada del malestar mental, afectivo, espiritual, a pesar de que en la definición de salud de la OMS se contemple como aspecto importante para alcanzar una mejor calidad de vida.

Esta investigación toma lejana distancia de culpabilizar a los/as médicos/as y victimizar a las mujeres en sus individualidades, sino por el contrario, intenta describir la ubicación de esos grupos en la relación médico-paciente como producto de una cultura establecida que se repite a lo largo de la historia, con una miopía de quienes la protagonizan, ese modesto trabajo que pretensiosamente hacemos muchas/os estudiosas/os de ponernos los lentes para dar una mirada crítica a las huellas que ha dejado el proceso socio-cultural, es tendencioso más bien a problematizar las relaciones de poder para

generar relaciones más cercanas a la equidad, así por ejemplo, **quienes buscan atención en salud no tendrían que despojarse de lo que sienten y saben porque desconfían de sí mismos/as como intérpretes de sus malestares y los/as médicos/as podrían creer en sus pacientes, y su saber profesional no estrecharía lazos con una postura de poder.**

Manteniendo la coherencia con lo antes expuesto y convencida de que penetrando la academia con otras posturas que puedan dar un zarpazo a los aprendizajes crónicos y momificados, generaremos otras maneras de hacer praxis médica, referimos fracciones de los testimonios de las mujeres asistidas en la Sala de Turmero que ilustran otra relación médico/a-parturienta.

> ... cuando estaba lista para parir, el médico me preguntó cómo me sentía más cómoda y si deseaba compañía durante el parto, mi esposo tenía miedo por eso entró mi mamá, el proceso de parto ocurrió con agrado, el médico y las enfermeras hacían chistes con nosotras para darme ánimo..., la anestesia fue la conversación alentadora y la camaradería entre el personal... (Entrevista Nº 4).
>
> ... parí sola, porque mi esposo es muy nervioso y no quiso entrar, las enfermeras estaban cerca de mí, me daban masajes, como el niño era gordito no quería salir, el médico me indicaba que pujara y me tranquilizaba... (Entrevista Nº 6).
>
> ... Mi esposo no presenció el parto, le dio miedo, pero mi cuñada se quedó y ayudó muchísimo, apenas nació el niño el médico se lo llevó rápido, después vino y con mucho respeto me explicó que el bebé había nacido con labio leporino, me alentó y me preparó para que no me impresionara cuando viera al niño... (Entrevista Nº 10).

Dentro de esta tendencia del análisis, el cual por ahora centra su interés fuera de los límites del acto médico técnico, quedándose en el entorno de las expectativas no satisfechas en lo anímico, no podemos dejar de referir los reclamos de las mujeres en relación a la pérdida del derecho de tener sus recién nacidos/as inmediatamente después del parto. De cara a esas quejas unánimes de las entrevistadas, citaré las sabias palabras del famoso médico italiano, pionero del pensamiento crítico sobre la medicina, Berlinguer, G. (1996), quien al respecto hace una afortunada acotación, válida para lo que concierne a este contexto del análisis:

> Cuando la medicina empezó a usurpar los hogares y los tiempos de la vida humana, una de las primeras críticas a esa medicalización giraron hacia el parto en el hospital; esto dejaba sola a la mujer para sufrir con las manipulaciones de técnicas extrañas y desconocidas le impedía su participación como sujeto activo en la extraordinaria experiencia del nacimiento y del primer contacto con el hijo, quien inmediatamente sería transferido a otro lugar; la medicina pretende en suma, dictar los horarios y las modalidades de esta relación que debe ser lo más espontánea posible, íntima y natural. (p. 40).

La aseveración de este médico sintetiza de manera extraordinaria casi la totalidad de los aspectos que se han venido contemplando a lo largo de este análisis, siendo muy valioso su aporte no sólo por el contenido crítico en sí mismo, sino porque su autoría es de un médico, lo que da credibilidad pues no es una crítica desde afuera, no es desde los/as ajenos/as a la formación médica, sino desde un hombre con una formación imbricada con y en el propio

terreno teórico y práctico que confronta.

La ruptura de ese primer contacto entre madre e hijo/a y sus consecuencias anímicas y afectivas se hacen patentes y patéticas en los relatos del momento del parto en el Hospital Central de Maracay.

> Cuando nació, quería sentarme, ver al niño, pero como a uno lo obligan a estar acostado y lo reciben abajo, no pude ver nada, sólo me dijeron que estaba bien, es varón y me lo enseñaron desde lejos, se lo llevaron, lo volví a ver como a las 3 horas después que nació. Mientras no lo tenía cerca, como oía llorar mucho a algunos niños, me atreví preguntarle a una enfermera si era mi bebé quien lloraba y ella me dijo: “no es el tuyo”, contestó por salir del paso, porque ella ni sabía cuál era mi hijo, lo tratan como si uno es un estúpido... (Entrevista Nº 3).

> Tuve a mi niño a las 9 am y eran casi las 11 am y no me lo entregaban, estuve allí esperando en una camilla, sin sábanas, esperando ansiosa a mi bebé, acostada sin poder hacer nada, a pesar de que mi parto fue rápido y no me sentía tan mal, no me atrevía a pararme a buscar o ver al niño... lo único que me dijeron cuando nació fue: “es varón”... (Entrevista Nº 12).

> ... nació el muchacho y yo desesperada por verlo, no podía ni pararme ni sentarme, una bachiller que estaba allí lo único que me dijo fue: “es varón y está bien”, se lo llevaron y me quedé en los ganchos más de 2 horas..., Para subirme al cuarto fue la misma historia, esperar y esperar, al fin me trajeron al niño, me lo colocaron al lado, del fastidio y el cansancio, ni lo podía atender. (Entrevista Nº 15).

> Parí al niño solita, había un solo médico, creo que estaban en huelga, el personal se comunicaba a gritos cuando se daban cuenta de que las mujeres estaban pariendo, mi niño nació llorando, yo lo oí y me contenté tanto, pero no lo pude ver, se lo llevaron, me dijeron que no había pediatra, como a la media hora, me trasladaron para hacer curetaje y cuando pasé en la camilla miré

> hacia un lado, buscando a mi bebé y lo vi acostado solito en una mesa con una cantidad de algodones sobre su cuerpo, sin ningún personal cerca de él, sin incubadora que era prematuro, la sensación de verlo así y de que nadie me explicara sobre su salud, es incontable... (Entrevista Nº 4).

El derecho de la madre de tener un contacto inmediato con su hijo/a debe ser respetado, esa angustia revelada por las madres afecta su salud y la de sus hijos/as, las emociones violentas y ansiosas causan inhibición del reflejo de la producción de la leche, ya que ésta es generada por el sistema nervioso, y en el mejor de los casos de que no se inhiba, la lactancia ocurrirá con una madre estresada, lo cual no constituye una condición favorable para el/la niño/a. El rescate de ese derecho al contacto inmediato afectivo y a que el/la niño/a se ponga al pecho lo más pronto, es pertinente no sólo como reclamo a favor de los afectos, sino a favor de los procesos fisiológicos, pues son más que conocidas las razones en pro de esa unión inmediata madre-hijo/a, para favorecer el bajado de la leche, el suministro inmediato de calostro que presta anticuerpos y laxa al/la niño/a para que elimine el meconio que trae de su vida fetal, ayuda a la involución del útero durante el puerperio, etc. Además, parir un/una hijo/a no es sólo vaciarlo al mundo exterior, no significa que por dejar de llevarlo/a adentro, la separación se acepta, pues existe una vinculación sicológica con ese ser que precisa de un tiempo de preparación para aceptar que es una persona independiente, que varía según las particularidades de las mujeres, ese tiempo es interrumpido por esa separación abrupta que se estila

como rutina del trabajo obstétrico.

Mostrando otra dimensión de la relación materna y paterna con sus recién nacidos/as, copiaremos exposiciones textuales de la experiencia de parto en la Sala de Turmero.

> Me trasladaron al cuarto con mi niña, le di pecho ahí mismo, me sentía muy emocionada porque es el único parto que vi todo lo que ocurría, porque parí sentada, vi cuando lo limpiaron, vistieron y pesaron a la bebé, fue tan emocionante. (Entrevista Nº 2).
>
> ... me llevaron a mi hijo en su cunita y lo tuve todo el tiempo, le di de mamar ahí mismito, mi esposo ayudaba a acomodar al bebé en el pecho, él tiene un trato especial con ese hijo que vio nacer... (Entrevista Nº 3).
>
> ...ahí mismo que nació la niña, llamaron a mi esposo, él me ayudó a lavarme y cambiarme, estuvimos juntos viendo cómo arreglaron a la niña, le di de mamar al ratico de nacer, fue lindo. (Entrevista Nº 9).
>
> ... y ahí mismo nació la niña, cuando estaba coronando, invitaron a pasar a mi hermana y mi esposo, presenciaron el parto, estaban todos locos viendo aquello, viendo la niña, observando cómo la limpiaban, mi esposo quedó impresionado y el trato con esa hija es muy especial... y conmigo también, él dice: “ahora entiendo por qué las mamás defienden tanto a sus hijos”. Estar allí con la bebé fue maravilloso... (Entrevista Nº 13).

La secuencia que llevamos en el análisis de las entrevistas, nos van definiendo dos espacios destinados a atender las mismas demandas de atención sanitaria, pero con concepciones diferentes que se expresan en la práctica médica y en el impacto que causa en quienes son las usuarias de esos

servicios. Dentro de esas divergentes maneras de procurar atención a la mujer parturienta, fuimos descubriendo aspectos que son poco tocados en los análisis oficiales de la salud, como por ejemplo, el sometimiento que impone el espacio hospitalario a la mujer que ingresa a la sala de parto, cualquiera que sea su condición, es subyugada por la prohibición de comer, tomar, caminar y deseos afines, las medidas médicas sepultan todas las necesidades primarias que pueden generarse durante un proceso que implica esfuerzo físico, síquico y que va a estar sometido a múltiples factores que se pasean desde los más abstractos como la aceptación que pueda tener la mujer de ese embarazo hasta los más concretos como la capacidad orgánica de respuesta frente al parto.

Las mujeres asociaron estas privaciones con la experiencia que deben sentir las personas en prisión, esa asociación surgida de la experiencia concreta de parir en el hospital, demuestra las inexorables condiciones en que una inmensa mayoría de mujeres traen nuevas vidas al mundo.

> Imagínese que no comía desde el día anterior por la mañana, ni bebía agua, cada vez que pedía algo para tomar, me decían que no podían dar ni agua, por si era cesárea..., sin embargo como estaba cansada, le suplicaba al doctor que me hiciera cesárea y él me decía: "no señora, usted puede parir..." le dije que me sentía empegostada por la sangre y el líquido, que estaba en la sala desde el día anterior, tenía hambre, sed, angustia, de tanto ladillarlo, me dio permiso para bañarme, fui solita, me bañé, ya eran las 8 pm del jueves, aproveché de caminar un poco... (Entrevista Nº 1).
>
> ... quería caminar, tomar agua, y no podía, tenía toda la

> noche sin comer ni tomar ni agua, la espalda y las piernas me dolían de estar acostada... (Entrevista Nº 3).
>
> ... me subieron a las 5 am y había parido a la 1 de la madrugada, todas esas horas allí con ese frío y con el niño entre las piernas, a la hora de visita fue que vine a comer decentemente, pues como no llevé envases ni cubiertos, tenía que comer con las manos y es desagradable, no me dieron agua en todas esas horas... (Entrevista Nº 6).
>
> ... a la hora de visita fue que comí, pues desde el día anterior no había ingerido ni agua, tenía muchísima sed, pero uno se la tiene que calar porque es pobre. (Entrevista Nº 7).
>
> Llegué al cuarto como a las 11 am, no había comido nada, ni bebido nada desde las 3 pm del día anterior. Al día siguiente llegó la señora con un carrito y pregunta: "tienen vasos", yo le digo que no, como no había parido en el hospital nunca, no sabía que tenía que llevarme sábana, vaso, cubierto, todo eso, y entonces me dijo: "no comerás avena", bueno no importa, al rato llega otra señora y entrega a cada quien en la mano un pan y un pedazo de mortadela, claro no me comí ni a palos esa mortadela horrorosa, yo soy pobre pero no es para tanto, entonces lo que hice fue comerme el pan. (Entrevista Nº 13).
>
> ... no aguantaba el cansancio, no comía desde temprano de la noche anterior y ya era de madrugada, tenía un sabor horrible en a boca, en la tarde de ese otro día fue que mi mamá me ayudó a bañarme y cambiarme, y pude comer, tenía casi dos días sin comer absolutamente nada y con la misma bata que di a luz... (Entrevista Nº 9).

En el contexto de este análisis comparativo de los impactos que ocasionan en la salud de la mujer la experiencia de un parto medicalizado y la de un parto natural, señalaremos los fragmentos testimoniales de la

experiencia en la Sala de Turmero que contrapongan las vivencias que acabamos de relatar en líneas anteriores.

> ... lo que más recuerdo con agrado fue que podía tomar agua, jugo, no fue como en el hospital que me sentía prisionera... (Entrevista Nº 9).
>
> ... durante el trabajo de parto, pude tomar té, agua, galletas, me sentía libre y acompañada con mi mamá... (Entrevista Nº 11).
>
> Después que parí, pude tomar jugos, agua, comí al rato, estuve en la Sala de Parto hasta la tardecita, no me quería ir... (Entrevista Nº 3).
>
> ... me provocó acostarme y fui al cuarto con mi esposo, la enfermera me aconsejó un baño y al rato comencé a dilatar... (Entrevista Nº 10).
>
> Durante el trabajo de parto, las enfermeras me ayudaron bastante sicológicamente, me monté en la pelota para hacer ejercicios, me senté en la mecedora, estaba relajada, tranquila, me dieron jugo, agua,... (Entrevista Nº 16).

Que la medicina redefina el embarazo y el parto como un proceso natural y no como una enfermedad, que dé otra mirada hacia la parturienta como una mujer que experimenta un proceso que le pertenece, en el cual ella debe ser sujeto activo y no objeto, que deje de mirarla como “paciente”, sería una tarea que debimos asumir con más vehemencia desde ayer, tal vez así hoy existieran más lugares donde las mujeres pariéramos con dignidad.

Las razones que fueron desplazando el parto en las casas y de las manos de las parteras, fueron entre muchas, la insalubridad de los hogares, la

poca destreza técnica de las parteras frente a complicaciones obstétricas y uno de los factores que influyó en forma determinante para que el parto sufriera un proceso de marcada medicalización, fue la mortalidad materna e infantil, considerando que a más tecnología mayor seguridad para la madre y sus hijos/as.

Se sostiene que en general existe una correspondencia directa entre servicios adecuados de control pre-natal y parto institucional con bajas tasas de mortalidad materna, sin embargo parece una deducción negada por la realidad, pues la propia OPS (1992) señala que en algunos países de la región como Argentina, Panamá, Uruguay y Jamaica, que tienen alto porcentaje de parto institucionalizado exhiben tasas elevadas de mortalidad materna. (p. 7). Estos datos son referidos a pesar de que sólo recientemente, a partir del Decenio de Las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), el problema de la mortalidad materna ha comenzado a atraer la atención de gobiernos y organismos internacionales para el desarrollo.

Las cifras sugeridas de mujeres que mueren en el proceso de ser madres, no son confiables, lo que refleja la relativa baja prioridad que continúa recibiendo este tema. El sub-registro de la mortalidad materna como indicador de desarrollo humano, marca las diferencias más tajantes entre los países industrializados y los países de América Latina y El Caribe. A pesar del problema de sub-registro de defunciones maternas en los países de la región, con las cifras disponibles se puede saber que son proporcionalmente mucho

más altas que en los países industrializados. De alrededor de 500.000 muertes maternas que ocurren anualmente en el mundo, casi 99% se originan en los países pobres. (Citado en: La Salud Materna. OPS; p. 29). Sustentando el hilo que teje este análisis, en el Boletín Científico Nº 549 de la OPS (1994) se señala que la mayoría de las defunciones maternas que ocurren en la región, corresponden a la categoría de obstétricas directas, que son las que resultan de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio, o por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o por eventos por ellos ocasionados, siendo muy importante subrayar que estas complicaciones son evitables en la mayoría de los casos. Por otro lado, se considera que a nivel mundial se ha estimado que por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, de 10 a 15 sobreviven con daños graves y perdurables para su salud. La incontinencia, el prolapso uterino, la esterilidad, las fístulas y otros problemas derivados de tales complicaciones acarrean consecuencias a menudo devastadoras, para la calidad de vida de las sobrevivientes. En América Latina y El Caribe, la información sobre morbilidad a nivel poblacional es en extremo limitada; los datos disponibles se basan en registros de consultas y egresos hospitalarios, con las limitaciones de comparabilidad que estos conllevan. (p. 113).

Pareciera entonces que la atención médica institucionalizada en los hospitales que consume una población, no está unívocamente correlacionada con un alivio significativo de la magnitud de la morbilidad de dicha población,

por lo menos eso es lo que ha demostrado la atención obstétrica en nuestros países.

Ya en páginas anteriores evidenciamos la capacidad de respuesta que el Hospital Central de Maracay y la Sala de Parto de Turmero, ofrecen en relación a la posibilidad de un ambiente acogedor y seguro en la dimensión social, sicológica y afectiva, en las siguientes páginas centraremos el análisis sobre las condiciones relacionadas con la salubridad y atención sanitaria, con la finalidad de expresar cualitativamente la diferencia del impacto de los modelos de atención y deducir cuál de ellos puede aproximarse más a consecuencias menos mórbidas para la madre y el/la hijo/a, pista interesante de perseguir desde lo cualitativo y desde el tipo de atención, ya que oficialmente se acepta que se conoce más sobre causas de muerte materna que sobre las causas de morbilidad en nuestros países, y que sólo se puede estimar que por cada mujer que muere debido a causas relacionadas con embarazo, parto y puerperio, muchísimas más sufren enfermedades graves de diversa naturaleza, muchas de ellas guardando estrecha relación con la cobertura y calidad de atención prenatal, del parto y el pos-parto inmediato. (OPS; 1994. p. 114).

Los fragmentos testimoniales que a continuación expondremos, dan fe de las condiciones de salubridad y atención sanitaria en el Hospital Central de Maracay.

> Tenía mucho asco porque las colchonetas tenían chiripas y muchas hormigas dentro de la cunita que me dieron

para meter a la bebé, las enfermeras me regañaban porque tenía la niña en la cama, me decían: "meta esa muchacha en la cuna", pero tenía miedo de que esos animales se le metieran por el oído..." (Entrevista Nº 2).

... parí a las 10 pm, de los ganchos me bajaron a la una de la madrugada, porque la placenta la tenía pegada, no salía, la doctora me dijo: "te voy a dejar porque tengo otro parto, puja varias veces y si sientes que sale algo, me llamas", no salía nada, ella venía y me metía la mano y me daba para que saliera la placenta, a la 1 am, cuando me pasaron a la camilla, me desmayé, no sentía las piernas, me desperté con un suero en la vena, con la niña entre las piernas en la camilla,... (Entrevista Nº 1).

Me subieron como a las 5 am y había parido a la una de la madrugada, todas esas horas allí, en esa cama con frío, con el niño entre las piernas, el cuarto cundido de cucarachas, en el día acostaba al niño en la cuna, pero de noche en la cama, porque los animales nos andaban por la cara, el niño agarró una infección en la carita, tenía una sola sábana que tendía por la mitad y con la otra mitad me arropaba, salí de allí con una gripe que se me complicó y me sentía tan mal que no podía amamantar al bebé... (Entrevista Nº 6).

...Se me dilataron los vasitos de la cara, por el esfuerzo que hice, el médico me apuraba y decía: "puja, pues, que tengo un montón de mujeres esperando ¿no vas a pujar? ¡apúrate!", prácticamente el esfuerzo lo hice en contra de mí misma. Me dejaron más de una hora en los ganchos, él se fue y me dejó ahí, nadie me dijo bájese, no me atrevía a bajarme porque tenía la placenta guindando, a la hora o más vino y me dijo: "bueno, ¿qué haces tú ahí", esperando que me extraigan la placenta, "¡ay!, verdad", me contestó el médico, me presionó el vientre y me sacó la placenta y me hizo la limpieza, como la niña me desgarró, cosió ahí sin anestesia... (Entrevista Nº 13).

... Tuve sola a la niña en la camilla porque no me atendían, nació y la sostenía con las piernas para que no se cayera al suelo, después fue que me pasaron a los ganchos y cuando la doctora fue a revisarme la llamaron urgente para atender un aborto, me quedé allí horas, una

> señora que limpia pasó y me dijo: ¡ay niña!, botó la placenta sola" y fue corriendo a llamar a una enfermera, me llevaron al baño, no podía caminar, tenía las piernas dormidas de estar en los ganchos, me ayudaron a bañar, y me pasaron a un cuartico allí mismo; "te vamos a dejar aquí porque mañana te van a hacer curetaje, por si acaso te quedó placenta adentro", como tuve tantas horas y salió sola la placenta, los médicos no sabían cómo estaba por dentro. Cuando me hicieron el curetaje estaba inflamadísima porque la niña me desgarró, los puntos me los vinieron a coger ese día del curetaje, no aguantaba el dolor, el cuerpo no me daba más. (Entrevista Nº 8).

Los testimonios hablan por sí mismos, no se requiere ser médico/a para inferir los problemas de salud que sufrirán en el futuro estas madres y sus hijos/as. Estas condiciones sugieren que tal y como funcionan los hospitales no parecieran ser los mejores lugares para el nacimiento de un/una niño/a, es una contradicción o una ironía que espacios concebidos para afrontar situaciones críticas y de emergencia con ambientes de crisis y enfermedad, sean a la vez los únicos centros accesibles a las mujeres que por supuesto son las más deprimidas socio-económicamente, para ser atendidas por demanda obstétrica. Sin embargo, todos los discursos oficiales tienen su óptica sesgada en ver como factores de riesgos de enfermar o morir las madres, aquellos relacionados con la edad, intervalo entre embarazos, pobreza, poca higiene, etc. Así mismo señalan como riesgo la anemia, embarazos múltiples, presentación del feto, abuso de drogas, septicemias, hemorragias, parto prematuro, etc. Pero no hacen énfasis de manera explícita sobre el riesgo que significa para la madre la rutina médica a que son sometidas las embarazadas

durante el parto y pos-parto, entendiendo como rutina médica, no sólo los actos de marcada medicalización que se observa, sino la actitud cotidiana del personal, la no discriminación de las embarazadas según sus particularidades como la edad, número de gestas, estado de salud, etc., lo que pareciera que conlleva a que en el espacio hospitalario se genere un ambiente de crisis, donde la posibilidad de personalizar la atención se diluye tanto por el exceso de trabajo como por la pérdida de valoración y respeto hacia esas mujeres, quienes van a buscar atención allí por razones de pobreza. Tampoco se hace énfasis en que los propios riesgos que señalan como causas de morbi-mortalidad materna, tales como las hemorragias, septicemias, toxemias, complicaciones del puerperio, son consecuencia en la mayoría de los casos del tipo de intervención y práctica médica, más que del estado de salud de la madre, acceso a los centros de salud y a las nuevas tecnologías, disponibilidad de tratamiento, etc.; de alguna manera se soslaya la responsabilidad directa de la actitud médica. Tanto es así que el agotamiento materno lo relacionan con estrés físico y sicológico por condiciones de vida de la mujer, pero no se habla del agotamiento materno que causan las largas horas que las dejan en las mesas ginecológicas, las horas y días que se quedan sin comer y sin beber agua en la sala de parto del hospital, las largas horas que pasan acostadas con un suero en vena sin poder caminar, ni moverse.

Continuando con el objetivo de sopesar las dos experiencias de parto de las entrevistadas y lo que para ellas ha representado, narraremos algunas

líneas de lo vivido en la Sala de Parto de Turmero en relación al tipo de respuesta médica frente a los diferentes momentos del proceso de parto.

> Le dije a la enfermera que me sentía muy mal, ella me tomó la tensión y la tenía alta, me hicieron un tacto y me faltaba un poco de dilatación, la enfermera estuvo al lado mío, me daba masajes, pedí que me acostaran. Después que parí, me dejaron un rato allí, pero no con las piernas montadas y abiertas, como en el hospital que las dejan horas y horas, mi esposo me masajeó las piernas, los brazos, me limpió ahí mismo que parí, mientras me sentía mejor para ir al cuarto... (Entrevista Nº 14).

> Durante los dolores no me hicieron tactos a cada rato, sino me ponían el aparato, me hicieron tacto ya cuando casi estaba lista, cuando pasé a los ganchos me preguntaron cómo quería parir, si sentada o agachada, lo que yo conocía era en los ganchos y preferí parir allí. La doctora me iba explicando porque me cortaron un poquito, me puso anestesia para los puntos, luego de parir, cuando me habían aseado, me llevaron en silla de ruedas al cuarto, inclusive yo iba a ir caminando porque no estaba cansada ni mareada, pero ellos me aconsejaron que no fuera caminando porque tenía la tensión baja... (Entrevista Nº 3).

> ... el chequeo lo hizo una doctora, me explicó el riesgo de ser hipertensa, me controlaron la tensión varias veces, me pusieron a caminar despacito por los pasillos, sólo me dejaron tomar agua y unas galleticas por precaución, los dolores los pasaba acostada y caminando. A las 6 am, la doctora entregó la guardia, pero conmigo allí, le explicó todo al médico entrante, eso me dio mucha seguridad, ya tenía la tensión normal, me bañé antes de parir, con agua tibia, me tardé mucho en trabajo de parto, como no ponían suero, me puse nerviosa, el doctor y las enfermeras me tranquilizaban, explicándome el beneficio de no acelerar el parto. (Entrevista Nº 15).

> ... como el niño era gordito y no salía, el médico me indicaba que pujara, que me tranquilizara, parí en los ganchos pero semi-sentada, me pusieron unas

> almohadas atrás, me mareé un poco, siempre me pasa en los embarazos porque me baja la hemoglobina, me picaron un poquito pero con anestesia. Esperé un rato ahí hasta que me pasó el mareo... (Entrevista Nº 6).
>
> ... Parí rápido, no me cortaron ni nada, a la niña la limpiaron, la metieron en una incubadora, tenía mucho frío. Al rato empecé a botar sangre, igual que otros partos, en seguida me pusieron suero. Cuando me sentí mejor me bañé, pero cuando salí del baño me desmayé, gracias a Dios estaba acompañada, me pasaron al cuarto, tuve toda la atención, me dejaron más tiempo para que me recuperara, siempre tengo derrame y desmayo después de los partos, pero en éste fue menos penoso porque tenía mi esposo a mi lado, uno se siente seguro porque el personal está atento a cualquier emergencia y el ambiente es aseado, no hay como en otros sitios públicos sangre, gasas y de todo en los pisos y baños. (Entrevista Nº 1).

De los relatos anteriores, podemos inferir que en la Sala de Parto de Turmero se ofrece una atención personalizada a la embarazada, existen variados fundamentos que permiten este tipo de atención, entre ellos se puede mencionar que: la demanda no llega a colapsar el servicio; las embarazadas que tienen acceso a dicho servicio son de bajo riesgo obstétrico y por lo consiguiente con un estricto control prenatal; la infraestructura fue adaptada para ofrecer un ambiente acogedor; el personal médico, de enfermería, de recepción, vigilancia y limpieza, fueron seleccionados/as por méritos, credenciales y aprobación de talleres de acción-participativa en los cuales se trabajaba con una concepción holística del parto, etc. Estas condiciones acabadas de mencionar no se dan de manera fortuita, sino responde a una

manera, una visión, una idea diferente de entender el proceso de la maternidad que se materializa en la Sala de Parto de Turmero, como prueba piloto a ser evaluada para estudiar la posibilidad de concretarla como una política de salud del estado. Es importante recalcar, como lo hemos venido haciendo, que en el trato médico/a-parturienta observado en el Hospital Central de Maracay predomina más allá del exceso de trabajo, la concepción de esa relación del/la médico/a con una postura de saber y poder por encima de la paciente, el término paciente se define en el diccionario como una persona que tiene la virtud de soportar los males con resignación y sabe esperar con tranquilidad las cosas que tardan; pareciera que "los males" y "las cosas que tardan" son aquellas que la práctica y la actitud médica dicta como únicos y verdaderos en la dinámica de esa relación. Como dice entre líneas Tuber, S. (1991) que:

> el paciente debe desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede; debe observarse a sí mismo como a un tercero, desconfiar de lo que él mismo experimenta, porque todo lo que le ocurre debe ser comprendido en función de una enfermedad que él no puede conocer y que sólo el médico puede descifrar. (p. 23).

Quienes buscan atención, o sea, los/as pacientes, en este caso concreto las embarazadas se encuentran en la condición de que no saben frente a quiénes compete dar atención, o sea, los/as médicos/as, quienes sí saben abstrayéndose de lo que el paciente dice y siente y de sus peculiaridades personales.

Ilustrando las reflexiones anteriores podemos extraer fracciones de las experiencias en el Hospital Central de Maracay.

> **...el doctor me dijo groseramente: "¿qué te pasa? ¿es que crees que no sé lo que estoy haciendo?", él no entendía que era que estaba muy maltratada, yo no dudaba de su trabajo; ellos estudian y uno se pone en sus manos.** (Entrevista Nº 6).

> Yo sé lo que digo, pues he tenido todos mis hijos, menos la última niña, en el Hospital Central de Maracay, allí te dicen "acuéstate en la camilla" y sin preguntar nada, ni oírte lo que sientes; ¡ñácate! te meten el pitosín y ahí te quedas horas y horas, uno sabe que está pariendo, pero nadie te cree, ni te voltean a ver, mientras más gritas, menos te hacen caso, yo he zumbado tres muchachos en la camilla, una vez un doctor me dijo: "deja la gritería, cómo no vas a aguantar, si llegaste ahorita con poca dilatación", a bueno doctor, usted va a ver y pujé, cuando vieron que de verdad verdad la niña venía, entonces empezaron: "no puje, aguante un poco", después que un muchacho asoma la cabeza sale solito. **Ellos pueden haber estudiado mucho pero la mujer es la que siente y sabe cuándo no puede más.** (Entrevista Nº 8).

> ... el médico estaba sentado ¿cómo decirte? a una distancia de 1 metro y medio de mí, sentado en un banquito donde no lo veía, yo en posición de parto, él me dijo: "puje" y yo, pero doctor ¿cómo voy a pujar? si usted está lejos de mí y ¿si se me sale el niño?, "usted tranquila que yo sé lo que estoy haciendo, ¡y te apuras!, y yo, mire y quién me va a ayudar, "aquí nadie tiene tiempo de nada" me contestó... (Entrevista Nº 13).

> Mire, cuando pasa algo malo los médicos lo culpan a uno, pero ellos se equivocan y nadie puede decir nada, fíjese con este embarazo, cuando lo llamaba con desesperación, porque sabía que iba a parir, me decían que dejara el fastidio, que ellos sabían lo que hacían y que ese parto era para las 10 am y fíjese que yo tenía razón, parí a las 6 am. Uno no es médico, pero es el que siente en su cuerpo lo que pasa. Recuerdo que la señora

> que estaba pariendo al lado mío como no le creían que ya iba a parir, se le hizo pipí el niño adentro y el médico la regañó porque ique era culpa de ella por no pujar, y si uno puja lo gritan, es horrible... yo tenía orden para cesárea y no me la quisieron hacer, pujaba con cuidadito, me daba miedo que se ahorcara porque tenía el cordón alrededor, el médico me gritaba; "¡puja bien, carajo!" y yo le decía que se iba a ahorcar y él me contestaba de mala manera: "tú ocúpate de echar ese muchacho pa´fuera, quien sabe si se va a ahorcar o no soy yo..." (Entrevista Nº 5).
>
> Me acostaron entre ese poco de mujeres que también estaban pariendo, una doctora me vio y me dijo: "no, ésta no está lista", claro que estoy lista le dije y me fui caminando para los ganchos y me monté sola, ... ahí mismo parí... (Entrevista Nº 18).

La obstetricia como disciplina ha catalogado, clasificado, categorizado los momentos, el tiempo, el espacio, el deber ser del embarazo, del parto, del puerperio, ese aprendizaje académico-oficial se reproduce y se transmite en todas las aulas del espacio universitario, impidiendo que se cuelen significados nuevos o diferentes de lo establecido, la valoración de la experiencia inmanente y de lo naturalmente sentido como "conocimiento" que puede enriquecer a la ciencia, es calificado de profano, poco científico, atemorizando a quienes se atreven a saltar el burladero que protege la academia. Al respecto dice Foulcault:

> Una vez que el médico se ha pronunciado, ya no puede existir un punto de vista propio del enfermo; a lo sumo, podría darse un rechazo de la opinión médica o de la medicina, una negativa referente a la competencia del médico o de la medicina en su conjunto, pero esto es prácticamente independiente de los sufrimientos

> subjetivos que experimenta el interesado. Así, es el discurso médico el que hace posible la identificación de una enfermedad, y no a la inversa; no es una toma de conciencia del interesado lo que permite que se constituya el saber médico, sino por el contrario, es la existencia de ese saber lo que permite la toma de conciencia. (Citado en Tuber, S.; 1991. p. 21).

Todo este recuento analítico de lo que dicen y sienten las mujeres sobre sus experiencias de parto, evidencian lo que estudiosos como: Irvinc Kenneth; Iván Illich; Jean Clavreul; Michael Folcault, Giovanni Berlinguer y otros han denominado la medicalización de la vida, Berlinguer, G. (1996) dice que es una expresión usada desde los años 50, como crítica a esa tendencia de la medicina a ocupar y usurpar los lugares y los tiempos más cruciales de la existencia humana y que ahora se entrelaza con la mercantilización de la medicina, con la tendencia a transformar en mercadería o dinero cada parte del cuerpo y cada acto aplicado a la vida y a la salud. (p. 40).

Esta medicalización fue tocando todos los intersticios de la vida, y a ese proceso no escaparon los procesos naturales de la vida de la mujer como son el embarazo, parto, menopausia, menstruación, etc., los cuales se fueron patologizando para justificar la intervención médica, lo que ha llevado a la pérdida de autonomía del cuerpo de las mujeres.

En cuanto a las apreciaciones anteriores Comesaña, G. (1991) manifiesta que:

> Aunque los avances de la medicina han eliminado

> muchos de los dolores y peligros que acompañaban el tiempo de gestación y el parto, también han -robado- éste a la mujer, convirtiendo lo que debería ser la colaboración en una experiencia trascendental, para dejar surgir en ella su carácter de momento privilegiado en la vida femenina, en un acto anómalo, frío e impersonal, que innecesariamente se anticipa y acelera muchas veces para abreviar el tiempo de trabajo de médicos y enfermeras. (p. 122).

Ella hace referencia también en esa misma obra y con planteamientos brillantes en relación a violencia médico-hospitalaria sobre el trato que se le da a las mujeres marginales en los hospitales y centros públicos de maternidad.

> Recibidas y atendidas en una infraestructura material subdotada, por un personal escaso y compuesto por personas irritadas y deshumanizadas por el ambiente y la fatiga, pagan con el dolor de sus cuerpos el pertenecer a la clase desposeída de un país subdesarrollado. Dar a luz en un centro público es exponerse a pasar por dantescos momentos de tortura física y psicológica, cuando no a entregar la vida en aras de la ineptitud del interno de turno. (p. 123).

Estas vehementes acotaciones de Gloria Comesaña, encuentran solidez en la experiencia de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Central de Maracay, especialmente en la “expropiación” del parto y la medicalización del mismo, lo que coloca a la mujer como objeto y no como sujeto del parto y como enferma o paciente y no como una persona que experimenta un proceso natural de una etapa de su vida.

> Me atendieron malísimo en el hospital... llegué casi

pariendo, me fui rasurada y con los dolores fuertes y seguidos para parir rápido y no tener que molestar a las enfermeras. Llegué a las 9am y lo tuve a las 12pm, todo ese tiempo con dolores, amorochada con otra señora también esperando parto. Nadie me hacía caso, tenía todo el día sin tomar ni comer nada, yo les decía que tenía mucho tiempo con dolores y que ya no aguantaba y lo que contestaban era que si creía que yo era la única pariendo, me pasaron a los ganchos con el niño casi afuera, no podía ni llegar a los ganchos porque me parecía que botaba el niño en el suelo, eso es horrible. Me monté como pude, enseguida me cortaron sin anestesia, grité de la impresión y la doctora gritaba: "¡Cállate!, seguro que no gritabas así cuando lo estabas haciendo", en los ganchos tuve más de una hora, para sacar la placenta me metían las manos adentro con unas gasas, era una sensación horrorosa, luego me cosieron sin anestesia, lo tratan como una burra, sin ninguna consideración. (Entrevista Nº 10).

... a pesar de que mi parto fue rápido y no me sentía tan mal no me atrevía a pararme o sentarme a buscar al niño, porque me parecía que me regañaban o que me podía pasar algo, era primeriza, no tenía experiencia y no sentía confianza de preguntar si podía pararme. Me recuerdo que la doctora me picó sin avisarme, momento muy desagradable, creo que debe por lo menos alertarlo a uno de las cosas que pueden doler, al final me dijo que tuvo que agarrarme 7 puntos... Cuando estaba en los ganchos, yo quería ver el parto, sentía ganas de sentarme, no sé si era curiosidad de primeriza, pero la doctora me decía: "¿Qué haces sentada?, acuéstate, me incomodas para trabajar", yo le decía que quería ver y que era para mí más fácil y ella me dijo un poco brava: "aquí quien tiene que ver soy yo ¡acuéstate!. (Entrevista Nº 12).

Con mi primer hijo tuve que ir al hospital, no tenía dolores y había pasado los nueve meses, un médico que me vio me mandó de emergencia al hospital, llegué a las 5pm, no pudieron atenderme ahí mismo por la cantidad de mujeres pariendo, primero salían de las urgencias... cuando logré ingresar me rompieron fuente y me llevaron a una cama, me pusieron Pitosín, los dolores con ese suero son insoportables, tenía ganas de vomitar y trataba de

aguantar para que no me regañaran, llamé al médico y me dijo: "vomite, eso no importa", yo tenía temor con las enfermeras que me fueran a insultar, nadie me limpió, como pude me limpié, hasta las mujeres de limpieza son inhumanas, sólo quería salir de allí. (Entrevista Nº 9).

... le expliqué que según mi cuenta tenía 39 semanas, me mandó a hacer un eco y se empeñó que todavía faltaba y que para ella tenía 37 semanas de embarazo, otro médico me aconsejó que me sacara líquido a ver si estaba maduro, antes usaban eso, ella terca dijo: "No, eso es maldad porque va a salir verde, vamos a darle de alta más bien". Salí furiosa y esperamos al doctor que había dicho lo del líquido, le expliqué que yo sabía que pronto iba a parir, que había venido con tiempo porque quería ligarme o cortarme y no llegaba al fin de semana sin parir, él nos aconsejó que como no trabajaba ese fin de semana, fuera el lunes y me dejaba, no doctor, acuérdese de mí, no llego al fin de semana, dicho y hecho, ese jueves en la noche se me arreciaron los dolores, en la mañana me arreglé, me rasuré, dejé todo listo en la casa y me fui para el hospital, saliendo me devolví al baño porque sentía que iba a botar algo como una pelota y expulsé una cosa gelatinosa, me fui corriendo al hospital, ese mismo día parí... como llegué casi pariendo hasta se me olvidó la ligadura, si la doctora hubiera creído en mí la primera vez que fui con dolores, me dejan y con tiempo hubieran podido ligarme. (Entrevista Nº 8).

Antes de ir al hospital fui donde una comadrona que sabe cuánto te falta, ella me dijo: "Ese parto es para mañana temprano, no te vayas que te van a regresar", pero tenía dolores y creía que era para más pronto. Entonces fui a Cagua primero, allí me vio un médico y me dijo: "Tienes tanto de dilatación, dio orden para el hospital, llegué y me atendió una doctora que me dijo: "No, yo no puedo atender este parto", llamó a dos doctores y cuchicheaban, la referencia que tenía de Cagua no decía que la niña venía de pie, "¿quién la refirió? y yo le dije: de Cagua, "¿Por qué no pusieron nada en la referencia?, yo no sabía qué decirle, ellos son los que deben saber... Cuando fui para Cagua era con la intención de saber cuánto me faltaba, no creí que me iban a referir al hospital inmediatamente, por eso salí sin ropa ni sábanas, como

entré a sala de parto y no salí más, tuve que pasar a los ganchos con la bata que llevaba puesta, me picaron muchísimo, no podía ni sentarme, me cortaron bastante hacia la pierna, me cosieron sin anestesia... la doctora decía: "Puja, puja, ese niño viene de pie ¡que vaina!", por fin salió sin problemas. Con todo ese agite parí a las 6am, como dijo la comadrona. (Entrevista Nº 7).

... el doctor lo primero que me hizo fue romperme membranas, eso es horroroso, como me quejaba, me decía que si creía que eso no se hacía, no entiendo cómo no pueden comprender que una mujer primeriza, que no sabe qué le va a pasar, esté nerviosa y atemorizada... le ponen Pitosín, a unas mujeres que estaban allí le hacían el tacto horrorosa, de ver cómo las trataban, no decía nada pero sentía que tenía el niño afuera, no sabía qué hacer... me dijeron puja y nació, es un varoncito, me cosieron en carne viva, me quejaba mucho y el doctor bravo me metió la mano para limpiarme o sacar la placenta, no sé, pero con esa mano gruesa y esa cortada veía el diablo, gritaba y trataba de pararme y no me dejaban. (Entrevista Nº 6).

Me dieron los dolores a las 9am, aguanté para llegar casi pariendo y así estar el menor tiempo en el hospital, pues era mi primer parto y la gente me decía que parir allí era horrible, pero el pobre tiene que calarse lo que sea, cuando sentí los dolores más fuertes y seguidos, me lavé, me rasuré y dije vamos que voy a parir... me vio un médico, como comprobaron que estaba dilatada, me pasaron sola a una sala con otras mujeres, me acostaron en una camilla sin sábanas y me pusieron el Pitosín, estaba asustada, allí pasé horas, quería hablar con alguien, no sabía por qué tenía tanto tiempo allí y no paría, las otras mujeres las pasaban a parir y yo me quedaba, como era primeriza no tenía experiencia, estaba asustada... como no me pasaban a parir y tenía fuertes dolores, creí que iban a cesarearme... A eso de las 3am vino una enfermera y un médico y rompieron fuente, sin explicarme nada, boté agua y seguía ahí sin parir, a las 6am volvieron a romperme fuente... Después de la segunda vez que me rompieron fuente, me salía mucha agua y sangre, eso me asustó, no aguantaba la angustia y llamé a un doctor que pasó por allí por casualidad, porque

> casi siempre estábamos solas, venía el personal a revisar un momentico y se iban, el médico se acercó y me dijo: "A usted le falta todavía", quería decirle que tenía muchas horas, que me explicara algo, que por qué todas las otras mujeres que estaban conmigo parieron y yo me quedé de última, pero se fue y no me atreví a volverlo a llamar. Los dolores eran insoportables, usted sabe que dicen que ese suero produce dolores más fuertes... el doctor llamó a una bachiller para que asistiera el parto, él me dijo: "¡Puja mijita!", el niño no bajaba, lo tenía arriba como encajado en las costillas... el doctor mandó a buscar un forceps, al rato dijeron que no se podía usar porque le faltaban piezas, la estudiante le preguntó al médico: "¿La pico? y sin anestesia me picó, eso fue horrible, además el doctor le dijo: "Bachiller, así no se pica, es al contrario, no es hacia el ano", estaban practicando conmigo... al fin, pujé y nació el niño, me rompí toda, me desgarré, creo que la picada de la estudiante me causó más desgarramiento. Cuando nació, quería sentarme, ver al niño, pero como a uno lo obligan a estar acostada y lo reciben abajo, no se ve nada. (Entrevista Nº 3).

A través de la lectura de todas las entrevistas (ver anexos) y las anteriores fracciones, observamos que independientemente de la situación en que ellas lleguen al hospital, siempre serán sometidas a una rutina que pretende cubrir los riesgos y acelerar la calidad del parto, a pesar de que está comprobado que aproximadamente alrededor de un 90% de los partos son normales, pero en esa concepción medicalizadora se hace énfasis es en la enfermedad y no en la naturalidad del proceso. Las mujeres no pueden ingerir agua ni comida, por si acaso es una cesárea, las cortan (episiotomía) por si acaso se presenta dificultad del paso del niño/a y se produce desgarro, se dosifican sueros por si acaso no hay fuerza en las contracciones y se demora la etapa del trabajo de parto, cuando se usa anestesia epidural la madre puede disminuir la acción de

pujar, entonces se tiene que usar forceps para ayudar a salir a el/la niño/a, se rasura por si acaso se presenta una emergencia operatoria, etc. Toda esa rutina médica aplicada indiscriminadamente a todas las embarazadas causan en muchos casos la muerte de la madre o del/la niño/a, o en su defecto enfermedades futuras en el aparato reproductivo femenino como el prolapso uterino, la esterilidad, fístulas, sin contar con las consecuencias de tipo sicológico y afectivo que afectan su vida y su sexualidad.

Estos efectos no deseados que repercuten en la calidad de vida de las personas es lo que Illich, I. (1975) denomina como iatrogenia clínica, o sea, las consecuencias biomédicas del acto técnico que se manifiestan como síntomas clínicos, es decir, las condiciones clínicas en las que los agentes patógenos son los medicamentos, los médicos o los hospitales.

Que a una mujer no se le avise que le van a hacer un corte en la abertura de su vagina, que no se le aplique anestesia, que rompan artificialmente las membranas fetales, que no tenga opción de escoger la posición de parir, que nadie le explique el por qué de esa agresiva rutina y cuáles son las consecuencias de esa práctica obstétrica, a simple vista son actos inhumanos y legalmente atentan contra los derechos humanos, existe un código de ética médica para la Salud de la Mujer y los Derechos Humanos - OPS (1994), que clama por el derecho a la libertad y al consentimiento informado, porque se reconoce que durante la prestación de servicios médicos se producen grandes abusos contra la libertad y autonomía de la mujer, en

parte por la ausencia de obligatoriedad o la interpretación errónea del concepto legal de consentimiento informado. Es mucho lo que puede hacerse para mejorar la aplicación del principio del consentimiento a fin de asegurar que las mujeres reciban la información suficiente que les permita tomar una decisión con conocimiento de causa sobre el tratamiento médico u otro tratamiento de salud propuesto. (p. 31).

Además, hemos mencionado en el Planteamiento del Problema de esta investigación las recomendaciones de la OPS (1985) sobre la Tecnología Apropiada para el período perinatal, recordaremos aquellas que hacen referencia a las que son obviadas en la rutina médica del Hospital Central de Maracay.

- Las mujeres no deben ser acostadas sobre sus espaldas para el trabajo de parto y el parto mismo. Deberían ser estimuladas a caminar y cada embarazada debería decidir libremente qué posición adoptar durante el parto.
- No se justifica el uso sistemático de episiotomías.
- El parto no debería ser inducido por razones de conveniencia, y la inducción del trabajo de parto debería reservarse para indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debería tener tasas de trabajo de parto inducido mayores de 10 por ciento.
- La ruptura artificial precoz de las membranas, como un proceso de rutina, no

está justificado científicamente.

- El/la recién nacido/a sano/a debe permanecer con la madre siempre que la condición de ambos/as lo permitan. Ningún proceso de observación de el/la recién nacido/a sano/a justifica una separación de su madre.

La OPS (1995) en su publicación Salud Sexual y Reproductiva, señala en relación al uso abusivo de tecnología y medicalización que, por ejemplo, el uso de ultrasonido o ecografía puede ser útil en situaciones específicas, pero que estos procedimientos no están totalmente exentos de riesgos y su uso no se recomienda en todos los casos, así mismo hace referencia que la ruptura de membranas es una rutina médica que predispone a infecciones del tracto reproductivo y éstas pueden ocasionar peritonitis, cáncer de cuello uterino, infertilidad, mortalidad perinatal, infecciones congénitas, etc. (p. 24).

Sin embargo, los testimonios de las entrevistadas evidencian que todas esas series de intervenciones no recomendadas son parte inherente de la praxis médica y no intervenciones de excepción.

Cita ISIS-Internacional (1993) que según estudios realizados en doce centros médicos de América Latina que inducían partos por ruptura artificial de membranas, los problemas en la alineación de los huesos del cráneo de los recién nacidos eran doblemente frecuentes que en los partos sin inducción, probablemente por la intensidad acrecentada de las contracciones. Por otra parte, también se ha comprobado que la inducción por ruptura de membranas y

uso de oxitocina puede derivar en infecciones peligrosas tanto para la madre como para el hijo. Deprivación del oxígeno al feto por contracciones de mayor intensidad y mayor frecuencia, aumento en la ictericia neonatal, son otros peligros relacionados con inducción del parto. Así mismo refiere que:

> ... a nivel individual, la medicalización del parto aún cuando constituye una alternativa de seguridad ante la presentación de complicaciones en la gestación y nacimiento, ha colocado a la mujer que pare en una situación de frustración. Frustración, por las vivencias que pierde; impotencia, por su falta de participación y decisión durante todo el proceso; inhibición, por cuanto está incapacitada de expresar lo que su organismo le pide; indefensión por cuanto en dicho modelo es el médico quien tiene en sus manos el control. (p. 32)

La posición interventora de los/as médicos/as enajenan a la mujer de su proceso de parir con la consecuente pérdida de autonomía sobre su cuerpo y la devastadora ubicación de ella como objeto pasivo del evento del nacimiento de su hijo/a. Mucho se ha escrito al respecto, entre las observaciones interesantes podemos mencionar la de Merelo-Barbera, J. (1980) en relación a las condiciones del parto:

> ... Es de general apreciación crítica que todos los partos no son difíciles y que por rutina médica se adoptan medidas que debieran ser de estricta excepción. Cómodas para el profesional pero atentatorias a la integridad somática y psíquica de la mujer. En definitiva, una de las causas delictivas que el Código Penal contempla castigando los actos contra la persona... El acto de parir pertenece a la integridad de la mujer, no tiene excusa dicho comportamiento hoy que se conocen los medios -antes tradicionales- de preparar al parto para que el cuerpo tenga la elasticidad necesaria que haga sólo excepcionales tales intervenciones. (p.

220).

En este mismo contexto de ideas, no podemos sustraer del análisis la orden médica de “usted está lista, pase a los ganchos”, frase repetida en todas las entrevistas, “pase a los ganchos” es sinónimo de acuéstese, sométase, entréguese. Imponerle a la parturienta la posición en que debe parir, es considerado uno de los hechos más violatorios de la autonomía del cuerpo y más atentatorio contra la síquis, fisiología y anatomía humana femenina. La mujer yace sobre sus espaldas para parir y así se coloca en una posición desventajosa para el control de sus capacidades físicas y emocionales, quien asume el control es el/la otro/a, no puede existir relación interpersonal con quien la atiende y con el/la niño/a que ha de nacer, yace sobre sus espaldas, con las piernas abiertas y sin ayuda, contraponiendo la fisiología de su cuerpo. Otro/a le extrae su hijo/a, separándolo/a de la madre y coartando las capacidades instintivas.

En este atraco a la integridad femenina, Merelo-Barbera, J. (1980) expone que al entrar la madre en un cuadro de acciones en donde son abolidas todas las reglas usuales del pudor y donde el cuerpo es sometido a instrucciones múltiples, el sexo expuesto a la vista, los dedos o instrumentos penetrando en la vagina y el recto, en presencia de personas la mayoría extrañas, queda psicológicamente vulnerable y consciente de estar sin defensa. (p. 220).

Gilberti, E. (1990), en su planteo sicológico hace referencia a la ideología que emerge de esta política con respecto a la posición impuesta que debe adoptar la mujer para parir. Imponerle el uso de un objeto-cama (para enfermos) a una mujer que cumple la función de parir, sugiere un intento de sometimiento, al mismo tiempo que se le inculca un sistema de creencias acerca de sus posibilidades y funcionalidades. (p. 126). Así mismo, critica drásticamente esa orden obstétrica de parir acostadas, expresando que: el rastreo antropológico aporta datos de toda índole, los pueblos ágrafos utilizan sistemáticamente el parto de rodillas, en cuclillas, sentados, pero siempre en verticalidad. Más allá de cualquier investigación, la experiencia nos ha demostrado, hasta el hartazgo que en los momentos previos a la expulsión las mujeres buscamos incorporarnos, lograr la verticalidad y pujar -hacia adelante y abajo-, oponiéndonos al mandato obstétrico que pretende mantenernos acostadas en la camilla. Alguna razón biológica de esencial importancia debe regular esta conducta en un momento crucial para la maternidad. (p. 122).

Dándole fe y fragor a la última aseveración de la autora antes referida, copiaremos trozos testimoniales del parto vivenciado en la Sala de Turmero, los cuales no sólo ilustran la satisfacción que brinda el poder de decidir sobre tu cuerpo, sino la posibilidad concreta de experimentar un parto con alternativas menos medicalizadas, respetando un poco la naturalidad del proceso y ante todo permitiéndole a la mujer adueñarse de un momento trascendente de su vida.

... sentí que no me querían ayudar, pero ahora sé que es mejor después del parto no tener puntos ni inflamación. Bueno, el asunto es que estaba nerviosa, yo creía que el médico no sabía hacerme el corte y por eso me exigía parir así... No me cortaron, tampoco me pusieron suero ni nada, fue chévere... Mi esposo estaba llorando y llorando de alegría, para mí fue bueno tenerlo cerca, uno se siente con apoyo. No tengo nada de que quejarme de ese sitio, algunas mujeres me habían dicho que ese lugar era malísimo porque no lo ayudaban a parir, que lo dejaban sufrir hasta lo último... no me imaginaba que uno podía parir sin que lo cortaran, ahora me pregunto: dicen que atienden mal ¿porque te dejan ser mujer y vivir tu experiencia a ti sola?... Después que parí supe que si hubiera querido podía sentarme, yo igual que la primera vez tenía deseos de sentarme, pero como en el primer parto me acostaban a juro, pensé que la anormal era yo y que la única forma normal de parir era acostada. (Entrevista Nº 12).

... Cuando estaba lista para parir me preguntaron cómo me sentía más cómoda y si deseaba compañía durante el parto, mi esposo tenía miedo y entró mi mamá, el proceso del parto ocurrió con agrado... puedo decir que después de esta experiencia, siento que viví mi propio parto... se me quitó el miedo de parir que fue lo que aprendí a tener en mis otras experiencias en otros centros públicos. (Entrevista Nº 4).

... el doctor me enseñaba ejercicios para ayudarme a parir más fácil... parecía que no dilataba mucho, la enfermera nos aconsejó un baño y al rato comencé a dilatar, quería quedarme en la cama era más cómodo y allí parí al bebé, no me obligaron a ir a esos ganchos horribles. (Entrevista Nº 10).

... parí sentada, así me sentía más cómoda, nunca creí que podía parir así, es más, me bañé antes de ir a parir con agua tibia. Estaba muy dilatada pero el niño estaba arriba, el doctor me puso a hacer unos ejercicios. Me tardé mucho en trabajo de parto, me extrañaba eso porque en otros partos apenas tenía dilataciones y me ponían el suero, por eso me fui poniendo nerviosa porque creía que no era normal que me dejaran en ese proceso

sin ayuda de medicamentos, el doctor y la enfermeras me tranquilizaban explicándome el beneficio de tener un trabajo de parto sin acelerarlo... cuando no tenía contracciones me masajeaban, todo eso me parecía tan extraño que me ponía nerviosa... yo quería suero en la vena para ayudarme y ellos que no, bueno al fin salió. (Entrevista Nº 15).

... yo le decía: por favor haga como en el hospital, rómpame membranas para salir de esto, ella me tranquilizaba, me aconsejó que hiciera ejercicio en una pelota que tienen allí, me senté por broma, pero entre esas mujeres bromeando y la caminadera y el cafecito, me fui tranquilizando, estaba con mi hermana todo el tiempo,... me pasaron a los ganchos y rompieron membrana... en el cuarto me daban masajes para que me bajara la niña... me semi-sentaron, ahí mismo en la cama parí con ayuda de todas y un estudiante de medicina, vi cuando salió, no me tuvieron que cortar. (Entrevista Nº 8).

... pude tomar agua, sentarme y pararme, eso hacía que el tiempo pasara rápido, además no me pusieron suero, yo lo pedía porque creía que se les había olvidado, yo creía que el suero era obligatorio, las enfermeras me explicaron que en esa Sala, el proceso es más natural y que las dilataciones se van controlando, pero no se aceleran... mi esposo estuvo allí conmigo, me daba la mano, decía: “ya vamos a salir del parto, ten fuerza”, la verdad es que no me sentía agotada, estaba un poco nerviosa en el momento de parir porque todo era distinto, sin suero, sin ese gentío del hospital. La doctora me explicó que iba a cortarme un poquito, me puso anestesia. (Entrevista Nº 3).

Yo me controlé con un doctor aquí en la esquina, me hizo seis ecos, el doctor me decía que según los ecos estaba lista para los primeros de enero, pero para él no era para ese tiempo sino más temprano, en diciembre, para mí era para mediados de enero, él me dijo que si empezaba enero y no tenía malestar, fuera para meterme un gel especial que me aceleraba el parto, algunas amigas que se controlaban con ese doctor me dijeron que no me dejara poner ese gel, porque hace dar dolores fuertes y

> que varias llegan a la Sala de Turmero y las refieren para el Hospital, tenía mucho temor de tener que ponerme ese gel, rogaba que me vinieran los dolores a tiempo para evitar eso, mi mamá que tiene experiencia me dijo que esperara: "A usted le tienen que venir los dolores cuando le llegue su hora", le hice caso y esperé. fíjese que parí para finales de enero, se peló un mes, no sé que hubiera pasado si uso ese gel, tal vez eso produce aborto o algo así... Lo único que no me gustó fue que no lo ayudan a uno, no lo quieren picar, me daban ganas de pujar y que va no salía, no querían hacerme un piquetico, por eso la niña cuando nació me rompió, de todas maneras tuvieron que agarrarme puntos, claro que con anestesia. Parí en los ganchos, las enfermeras me decían que era mejor parir sentada, pero como nunca oí eso y uno ve en todos lados que las mujeres paren en esos ganchos, no me atreví a sentarme. (Entrevista Nº 7).

A favor de la dinámica de relación humana que predomina en la Sala de Parto de Turmero, referiremos: el respeto por las decisiones de la embarazada, la información suministrada a ellas sobre el proceso de parto, que el equipo de salud se maneja con una postura vigilante y facilitadora del proceso, tomando distancia en la mayoría de las veces de una actitud interventora, lo que demuestra la posibilidad de generar otros espacios de atención obstétrica, llevándose el máximo de los tributos por ser un centro público accesible a esa mayoría de mujeres quienes son olvidadas por los entes gubernamentales cuando de darle apoyo se trata. De la misma manera no debemos pasar por alto algunos aspectos interesantes de comentar, evidenciados con la lectura crítica de los fragmentos discursivos anteriormente señalados, los cuales ilustran las experiencias del parto en la Sala de Turmero. A pesar de que todo

el personal de salud de esa Sala está capacitado para manejarse con un modelo holístico del parto, pudimos notar en los relatos que muchas veces priva en ellos/as la formación aprendida en los espacios hospitalarios, por esos es cuesta arriba deslastrarse por ejemplo del uso sistemático de la ruptura artificial de membranas, a los/as recién nacidos/as los/as guardan en incubadoras porque el ambiente es muy frío debido a que se asocia el lugar de parir con los pabellones quirúrgicos donde la baja temperatura se mantiene como requisito de asepsia o en el peor de los casos esa temperatura se mantiene para favorecer el confort de quienes trabajan allí, perjudicando la salud de el/la niño/a, quien ha estado guardado/a en un ambiente oscuro, cálido, silencioso, donde sólo los susurros de las aguas materno-fetales y los latidos del corazón materno lo/a han anidado en la paz del vientre.

Es muy llamativo en este análisis el hecho de que no sólo priva en el personal de salud las reminiscencias de las enseñanzas de aulas, sino que las mujeres hayan asumido como natural que las medicalicen, que les roben lo que es suyo por razones biológicas y atávicas. Algunas de ellas sintieron extrañeza por la actitud respetuosa que observaron médicos/as frente a naturalidad del parto, lo que permite una patética interpretación de la impronta que ha dejado el ejercicio de la medicina occidental en el imaginario colectivo de las mujeres y de la sociedad.

Que las mujeres manifestaran disgusto porque no las “ayudaban” a parir con sueros, episiotomías, que desconocieran la posibilidad de parir sentadas,

en cuclillas, mejor dicho que aceptaran como natural que le impongan la posición de su propio cuerpo para parir, demuestra la enajenación más brutal de la autonomía corporal y síquica, de la aceptación de la subordinación y rezago, máximo en un evento que significa dar al mundo un ser quien ha estado por un tiempo vinculado estrechamente con el cuerpo y la siquis, ¿cómo se entrega a otros un proceso tan propio?. Aunque no sea una maternidad deseada sigue siendo nuestro el proceso de botarlo al mundo.

Que la cultura médica haya podido borrar de la conciencia el conocimiento de la maternidad como una experiencia vital, disfrutable, que nos pertenece y por eso debe ser voluntaria, da lectura del asalto impositivo que ha hecho históricamente la ciencia obstétrica sobre nuestra sexualidad reproductiva y sobre nuestra vida.

Creer que son naturales las miserias culturales construidas en los intersticios socio-históricos, es ignorar nuestros derechos a la contestación, a estar de rodillas frente a un poder que jamás podremos derrumbar, si creemos que se hace camino y se avanza de rodillas, jamás nos podremos levantar en pie, ni siquiera soñar con otras posibilidades humanas, sólo el empeño de muchas logrará el sueño, seremos hacedoras de la historia imaginaria para construir desde nuestras entrañas la otra realidad, la de las mujeres.

PERSPECTIVAS DEL FUTURO

La fascinación por el libro Ética de la Salud, escrito por Giovanni Berlinguer, autor citado varias veces en el análisis de esta investigación, me incita a comenzar este aparte del trabajo con un caso que él relata en su obra. Cuenta que el jefe de ginecología del hospital público de la ciudad de Comenza de Italia, fue arrestado con otros cinco médicos del plantel. La investigación judicial con la acusación de homicidio culposo, había sido iniciada por la muerte en el parto de una mujer que se había negado a pagar el millón de liras que los médicos pretendían (y que ya habían recibido de otras 600 parturientas) para su atención y posterior recuperación en condiciones adecuadas. Las mujeres que no pagaban eran colocadas en cambio en pasillos repletos, visitados a última hora, expuestas a riesgos, incómodas; ellas perdían así todo aspecto positivo del parto hospitalario. Si damos una mirada acuciosa a la anécdota y traemos a la memoria los relatos de las mujeres que paren en nuestros hospitales, el asombro se adueña de uno/a, lo que los médicos de ese país de Europa aplican de manera intencional a las mujeres como castigo, constituye para nosotras el tipo de atención cotidiana que dan a una inmensa mayoría de mujeres, lo que sugiere una sencilla deducción -las mujeres venezolanas están castigadas con la práctica médica habitual de los centros hospitalarios-. Todos los actos señalados como denigrantes para castigarlas, son el denominador común de las experiencias de parto que sufren las mujeres en los hospitales de este país.

Frente a este panorama sería muy elemental dar recomendaciones, porque la complejidad del problema toca lo político, económico, la condición de país dependiente, etc. Pero en aras de cerrar el trabajo puedo acotar algunas perspectivas posibles de concretar, especialmente porque la experiencia de la Sala de Parto de Turmero vislumbra otros posibles:

* Es impostergable una redefinición de la epistemología de las ciencias médicas, que pasaría por incorporar la concepción de la salud con perspectiva de género, como lo ha venido recomendando la OPS, esta tarea educativa conllevaría a girar la mirada académica de la Obstetricia hacia una visión holística de los procesos reproductivos de la mujer.

* Lograda una macro-redefinición de la medicina como ciencia, sería tarea obligatoria incidir los curriculum de pre-grado en Medicina y post-grado en Obstetricia, con la finalidad de que las aulas universitarias se hagan eco de otras maneras de hacer la praxis médica.

* Concebir como una política de salud del estado, la creación de lugares aptos para atender parto natural, que puede materializarse adaptando áreas de los ambulatorios o creando casas maternas, las cuales prestarían atención sólo a embarazadas de bajo riesgo. Esta política daría respuesta a una serie de problemas:

* Descongestionaría los hospitales, los cuales quedarían destinados a prestar servicio obstétrico sólo a las mujeres que puedan presentar complicaciones

durante el parto.

* Las mujeres se verían obligadas a hacerse los controles prenatales, pues para ser atendidas en los centros destinados a parto natural, tienen que estar estrictamente controladas, así se materializaría una estrategia preventiva.

* La inversión no sería tan costosa, porque el parto natural toma distancia del uso de tecnologías sofisticadas, hay menos inversión en medicamentos e instrumentos, las infraestructuras son sencillas, con dotaciones mobiliarias menos costosas que las usadas en los partos atendidos con un modelo medicalizado. De la misma manera, el gasto en personal es menor porque no se requiere que todos sean especialistas, sino médicos/as generales capacitados para atender partos naturales.

* El beneficio más importante es que disminuiría los índices de morbi-mortalidad materna e infantil, porque se repartiría la responsabilidad de esta atención en todo el Estado, la población estaría más controlada durante su embarazo y el personal del hospital al tener descongestionado el servicio puede ofrecer una asistencia más personalizada.

* Estas políticas de salud deben contemplar campañas educativas que concienticen a las mujeres de los beneficios que acompañan un parto natural desde el punto de vista físico y síquico, este aspecto educativo es fundamental ya que culturalmente existe la creencia de que el parto

medicalizado es seguro, a pesar de lo que demuestra la realidad, combatir esa concepción a favor de un parto donde se respete la naturalidad del proceso es un punto clave del éxito de esta política de salud.

* Otra idea interesante sería aprovechar los grupos vecinales, casa de la mujer, organizaciones civiles, para promover comités de madres que puedan dar apoyo a las parturientas que asisten a esos centros, lo que ayudaría al personal de salud a dar respuesta a la demanda de atención, además de comprometer participativamente la comunidad con la gestión de salud.

VI. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

ALEGRÍA, Ceferino. (1977). La Obstetricia en Venezuela. Historia de la Medicina en Venezuela. Cuaderno Nº 10. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

ATTALI, Jacques (1981). El Orden Caníbal. Editorial Planeta. Córcega, España.

BALDWIN, Elizabeth (1995). Programa Parto Natural. Historia. Maracay. Mimeografiado.

BERLINGUER, G. (1996). "Ética de la Salud". Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

BOLIS, Mónica (1993). Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica Nº 541. Washington, D.C. OPS/OMS.

BREILH, J.; Granda, E.; Campaña. A.; Yépez, J.; Páez, R. y Costales, P. (1990). Deterioro de la vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito. Corporación Editora Nacional/CEAS.

BURIN M., Abel (1993). Nuevas Perspectivas en Salud Mental de Mujeres. En: Fernández, A.M. (comp.) Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencia. Argentina. Edit. PAIDOS.

CAMACARO, Marbella y Perdomo, Mariela (1997). Perfil de la Mujer de Aragua. Informe Preliminar. FUNDACITE-Aragua.

Casa de la Mujer "Juana Ramírez". (1995). Programa de Salud de la Mujer. Parto en soledad y violencia. (Mimeografiado).

CASTELLANOS, Pedro Luis (1989). Los problemas cuasiestructurales y algunas técnicas para el abordaje de lo subjetivo en el estudio de la situación de salud. Trabajo presentado en la Reunión sobre Abordajes y Métodos para Estudiar Diferenciales de Salud según Condiciones de Vida. OMS/OPS. Brasilia.

COMESAÑA S., Gloria (1991). Mujer, Poder y Violencia. Editorial de la Universidad del Zulia, Maracaibo. Venezuela.

Corporación de Salud Aragua. (1997). Informe del movimiento Obstétrico del Hospital Central de Maracay. Años 1996-1997.

CROZIER, M. (1970). La Sociedad Bloqueada. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Dirección de Estadísticas de la Gobernación de Aragua. (1995). Mujeres de Aragua. Boletín Nº 7.

EHRENREICH, Bárbara y English, Deidre (1990). Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres. Altea, Taurus, Alfaguara, S.A. Madrid.

GARCÍA, Evangelina (1993). Curso Introductorio al Análisis con Perspectiva de Género y su Aplicación en Políticas, Planes y Estrategias de Desarrollo. República de Venezuela - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

GILBERTI, Eva (1990). Tiempos de Mujer. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina.

GIBERTI, Eva (1992). Parto sin temor: el poder que perdemos. En: Fernández, A.M. (comp.). Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencia. Argentina. Edit. PAIDOS.

GUTIÉRREZ, Alfaro y Archila, Ricardo (1995). La Obstetricia en Venezuela. Talleres de la Editorial "RANGON C.A.". Caracas.

ILLICH, Iván (1975). Némesis Médica. La expropiación de la Salud. Barral Editores. Barcelona, España.

ISIS-Internacional (1993) Hacia la Humanización del Parto. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y de El Caribe. 4/93.

LAURELL, Cristina (1986). El Estudio Social del Proceso Salud-Enfermedad en América Latina. Cuadernos de la APUC. Congreso "Salud: fenómeno Social". Montreal, Canadá. 18, 1-26.

LEVI, S. (1968). Antropología estructural. Buenos Aires. EUDEBA.

LONDOÑO, Luz María (1993) Mujer y Salud en el Contexto Socio-político en: Diosas, Musas y Mujeres. Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas, Venezuela.

MARINAS, J. y Santamaría, C. (1993). La Historia Oral: Métodos y Experiencias. Madrid. Edit. Debate.

MERELO-BARBERA, Juan (1980) Parirás con Placer. La sexología del orgasmo en el parto. Editorial Kairós, S.A. Barcelona, España.

MORA, Germán y Joao, Yunes (1993). Mortalidad materna: una tragedia ignorada. Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica Nº 541. Washington, D.C. OPS/OMS.

NUÑEZ, Norma (1995) Situación y Tendencias de la Salud de la Mujer y los Diferenciales de Género y Condiciones de Vida. Venezuela 1980-1990. Reunión Latinoamericana. Mar del Plata, Argentina. MSAS/OPS.

Organización Mundial para la Salud. (1985). Mujer, Salud y Desarrollo.

Informe del Director General. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). El control prenatal. Salud perinatal. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. XX Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. (Documento mimeografiado).

Organización Panamericana de la Salud (1992) Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas. Comunicación Para la Salud Nº 2.

Organización Panamericana de la Salud (1994) Las Condiciones de Salud en las Américas. Volumen 1. Publicación Científica Nº 549.

Organización Panamericana de la Salud (1994) La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos. Publicación Científica Nº 553.

Organización Panamericana de la Salud (1995) Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación Para la Salud Nº 8.

Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1997) Situación de Salud en Venezuela. Indicadores Básicos. Caracas.

PONCE, Maricela y Baldwin, Elizabeth (1990). Parir en Maracay - Parto en Soledad y Violencia. Revista de las Mujeres. Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales de Mujeres. Nº 1, Nov.-Dic.

RUIZ, José; Ispizua, María Antonia (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones. Bilbao.

SARTORIO, V. y Canache, L. (1994). Mortalidad Materna en el Hospital

Central de Maracay. Trabajo presentado en el VII Curso Medio de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua. Universidad de Carabobo.

SAVO; Lapenta, M. y Silva, J. (1994). Evaluación de la atención materno-infantil. Distrito Sanitario Nº III, Villa de Cura. Trabajo presentado en el VIII Curso Medio de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua. Universidad de Carabobo.

TUBERT, Silvia (1991). Mujeres sin Sombras: Maternidad y Tecnología. Siglo XXI de España Editores. Madrid.

En esta extraordinaria y absolutamente necesaria obra **"Experiencia del parto: Proceso de la Mujer o Acto Médico"**, de la Profesora **Marbella Camacaro**, se otea sin duda, un canto a la dignificación del género femenino, un himno a la maternidad y un grito de justicia y equidad.

La presentación que en ella nos hace la excelsa y exquisita amiga, es lógica, bella e íntegra, cargada de sentimientos y de un ordenamiento inusualmente desprovisto de los argumentos sistemáticos propios de las normativas clásicas que condicionan los actos de la investigación. En ella, se cuestionan los mecanismos a través de los cuales se orientaba la función social de la salud alrededor de la racionalidad burocratizada de la Institución de servicios, donde el concepto de los usuarios, tenía un fuerte contenido biologicista. Leer este texto, es recrearse e introducirse en un mundo de relatos de vida impregnados de denuncia, pero también de una visión global e integradora que reivindica el parto como el ejercicio mágico del género femenino, en su valoración libre.

Nos atrevemos a decir que esta vital investigación de **Marbella**, le da un réquiem al sujeto históricamente maltratado, socialmente marginado y políticamente utilizado del sexo femenino, en tanto nos revela un contenido social de reconocimientos múltiples, centrados en un episteme de visualización integral, teniendo como agente de producción y de conocimiento a un sujeto social, comprometido y potenciado culturalmente, por cuanto crea las condiciones que nos permiten resucitar al género en un contexto de realizaciones posibles a través de planes de intervención.

Esta deliciosa obra que nos presenta **Marbella**, podríamos sintetizarla en la urgente y absolutamente vital dignificación del género femenino, en la denuncia sustentada en la experiencia vivencial, lo que permite abrir caminos de esperanzas, privilegiando la praxis social como un salto cualitativo de paradigmas, donde se construyen espacios de transformación.

Marbella deconstruye los escenarios de la salud, cuya visión centrada en los mecanismos institucionales de racionalidad sanitaria le atribuía a los proyectos sociales, esquemas referenciales absolutamente biológicistas, para el tratamiento de la salud.

El partir, para el análisis del proceso de la salud, de un punto de vista integral le permitió con la apertura previa de los enfoques cualitativos, descubrir, una gama multivariada de situaciones, a través de las cuales, fluye y se construye una realidad signada por aspectos caracterizadores, de una realidad mucho más rica.

Redescubre y valoriza en el uso del concepto de género, toda una visión existencial, donde el sujeto activo, denuncia, propugnando espacios de libertad y justicia. En suma, **Marbella** incursiona en el ámbito donde predica la muerte del sujeto para reivindicar el género, como una clave posmoderna, con capacidad de inducir a los cambios de centralidad y racionalidad, propios del sistema de administración de la salud.

Marbella le da un significado cualitativo diferencial al concepto de género, no sólo porque permite reconocer procesos de salud distintos entre hombre y mujer, enriqueciendo el cuadro de explicación del proceso salud-enfermedad, con componentes educativos, sociales y culturales, sino porque es allí, donde se encuentre el valor sustancial de la investigación, al reivindicar la reconstrucción de lo vivido por las mujeres, desde una perspectiva amplia, rica y multivariada.

En un esfuerzo por desmantelar el uso de los conceptos clásicos que orientan la praxis médica alrededor del parto, **Marbella** concentra su análisis de vida, alrededor de un conjunto de experiencias relatadas con crudeza, pero con objetividad comprometida, donde se corrobora una concepción mayoritariamente reproductora de la mujer, y una visión racional de las estructuras de salud alrededor del problema, donde ésta, es tratada simplemente como un objeto del acto hospitalario.

Es esta pues, como dijéramos al principio, una obra absolutamente necesaria y esperada; una obra hermosamente estructurada con la impronta de la **Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro"** que reivindica, sin los preciosismos del método científico tradicional, a esa población que como lo dice su autora, representa más de la mitad de la población del mundo, la población más hermosa del planeta **la mujer.**

Edgar Rolando Smith Ibarra

DCH
CONSEJO DE DESARROLLO CIENTIFICO Y HUMANISTICO