

## PATOLOGIZANDO LO NATURAL, NATURALIZANDO LO PATOLÓGICO... IMPRONTAS DE LA PRAXIS OBSTÉTRICA

Fecha de recepción de artículo: 25 febrero 2008

Fecha de aceptación de artículo: 28 febrero 2009

MARBELLA CAMACARO CUEVAS.  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES,  
MENCIÓN SALUD-SOCIEDAD.  
BELLACARLA1802@HOTMAIL.COM  
VENEZUELA

### RESUMEN

Encauzamos la mirada investigativa en un tipo de violencia de género: la Violencia Obstétrica, centrando la atención en la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo. Asumimos la teoría feminista y la perspectiva de género como categoría de análisis. Nos aproximamos a la propia experiencia de quienes son responsables de dar la atención obstétrica en las salas de parto hospitalarias (obstetras, residentes y pasantes) a través de las entrevistas enfocadas, con una representatividad dada por la Saturación del Conocimiento. Se medicaliza desde el episodio de parir/hacer hasta el de morir. Este tipo de atención obstétrica, reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica y hasta cotidiana.

**PALABRAS CLAVES:** Violencia Médica, Violencia de Género, Parto médico.

### ABSTRACT

Harnessing research looking at a kind of gender-based violence: Obstetric Violence, focusing on medicalization and pathologization of low-risk childbirth. We assume the feminist theory and gender as a category of analysis. We approached to the own experience of people in charge of obstetric care in hospital delivery rooms (obstetricians, residents and interns) through focused interviews that reflected the saturation of Knowledge. All episodes are medicalized, from birth until death. This kind of obstetric care reduces the possibility of women to fend for themselves, depending on a medical intervention to deal with their sexual, reproductive, psychological and even daily life.

**KEYWORDS:** Medical Violence, Gender Violence, Medical Childbirth

### **P**roemios para coincidir

En este trabajo encauzamos la mirada investigativa en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, centrando el interés en los actos violatorios de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente en un tipo de violencia de género: *la Violencia Obstétrica*, la cual constituye una de las discusiones prioritarias de la agenda socio-política nacional, en virtud que dicha violencia esta contemplada en la nueva *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, aprobada el 25 de noviembre 2006 por la Asamblea Nacional y publicada el 19 de marzo 2007 en la gaceta oficial N° 38.647.

Dadas las restricciones del tipo de artículo, referiremos una parte de las aproximaciones de una investigación que venimos realizando desde hace más de ocho años, la cual ha rastreado los imaginarios colectivos de obstetras, residentes y pasantes sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, construidos a través de la praxis obstétrica pautada para la atención de embarazadas de bajo riesgo en el modelo hospitalario. En estas líneas centraremos la atención en la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo, tendencias que responde a criterios precisos de un tipo de institución médica que se vehiculizan a través de la lógica obstétrica.

Hoy, la salud reproductiva de la mujer esta intervenida por el poder médico, la práctica médica ha enajenado el cuerpo de la mujer, lo que ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia, marcando un hito de profundas repercusiones negativas en la vida de las mujeres.

### **Algunas precisiones para encontrarnos**

Desde nuestra perspectiva, cada vez que tratamos algún aspecto vinculado con la discusión sobre la atención obstétrica hegemónica, debemos esbozar aunque sea someramente, dos ocurrencias históricas de incalculable impacto en la vida reproductiva de las mujeres; la primera fue cuando la atención medico-obstétrica trastocó los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, la otra y concomitante, fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo éstos como el espacio que certifica seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, éstas ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la indiscutible verdad de la ciencia y el saber médico.

La institucionalización del parto nos lleva a una encrucijada dramática, porque es un grito a viva voz, el maltrato que reciben las mujeres en los espacios destinados para la atención obstétrica en los centros públicos. Las gestantes/parturientas una vez que traspasan el umbral hospitalario, son iniciadas con un peregrinaje mórbido de sensaciones, sin ninguna distinción de los/as enfermos/as que reposan allí por razones muy diferentes a dichas parturientas, quienes no son enfermas. (Camacaro, Marbella 2008:295).

La institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, sólo algunas personas autorizadas

por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturienta: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico, el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica..."Señora está lista", ..."te faltan tantos centímetros", ..."espera hasta que te diga que pujes"..... A diferencia de esto, y en palabras de Blanca Pelcastre, la relación de la parturienta con la partera connota significados muy importantes en la subjetividad que entrañan los momentos vividos durante el parto:

Uno de ellos está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados. (2005: 376)

La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva a una encrucijada dramática frente a esta mentira que se funda como verdad social; es preciso inquirir su posibilidad de consolidación como realidad.

Confrontar el espacio hospitalario como el lugar idóneo para vivir de forma segura y digna el acto de parir/nacer nos remite a Michel Foucault, quien ha dedicado muchas líneas de disertación sobre el significado-significante de esa institución al decir que:

el hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es en segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger la enfermedad, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito. (1978:39)

Repetidamente nos interrogamos sobre ¿Cómo han podido consolidarse y circular, entre lo individual y lo colectivo, las representaciones sobre el hospital como el espacio posible para la atención obstétrica? Allí se dan, sin ninguna contestación social, partos normales junto a emergencias obstétricas sépticas, clasificados así por la propia academia obstétrica, nacimientos de niños/as sanos/as a corta distancia

de heridos por violencia callejera, mujeres desnudas con las piernas abiertas expuestas a quienes se desplazan a sus alrededores, por mencionar sólo algunas escenas que se viven en salas de parto hospitalarias.

En virtud de que en este artículo nos centraremos en la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo, las acotaciones anteriores son de obligatoria mención.

### **Apuntes teóricos/metodológicos para desbrozar caminos**

Nos aproximarnos a la disertación sobre la violencia obstétrica desde la propia experiencia de quienes son responsables de dar la atención obstétrica en las salas de parto hospitalarias, lo cual precisó, desde nuestra perspectiva investigativa, el compromiso político de asumir como continente teórico la teoría feminista y específicamente la perspectiva de género como categoría que atraviesa, en todas sus dimensiones, este trabajo. Entendiendo por feminismo una teoría y una epistemología que hacen suya la contestación crítica y cuestionadora a las estructuras del poder patriarcal. Dicha cultura patriarcal ha definido que: masculinidad y feminidad son construcciones opuestas y excluyentes. Como quien define, el hombre, lo hace desde un lugar de poder, *ese otro* definido: la mujer, a quien se le niega el poder para definirse, pasa a ser lo desigual, lo opuesto, el otro. Nos exigimos también dejar claro que el feminismo, además de una teoría, es un movimiento socio-político de mujeres y por supuesto de algunos hombres comprometidos; que parte del cuestionamiento de todas las estructuras de poder; que aspira, pretende y asume con su práctica una nueva trascendencia que avanza sin pausa hacia procesos liberadores en lo social, cultural y político, hasta subvertir las relaciones humanas.

Hablar desde el feminismo y seguir la vía metodológica del género, particularmente para esta investigación, significó develar que desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y que el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una ideología que impregna de significados patriarcales los distintos momentos, como el embarazo, parto y puerperio. Esta ideología además se reproduce constantemente, manteniéndose así una determinada concepción social del embarazo y de la maternidad como funciones esenciales de las mujeres.

El carácter riguroso de la metodología de género, y la novedad epistemológica que representa, es que la aproximación a la realidad no la realizamos de manera neutra ni arropada bajo la bandera de una universalidad sin signos distintivos, por el contrario, asumimos esta metodología afirmando que existe una problemática de las relaciones de poder entre mujeres y varones, partiendo de que la mujer es subordinada en el espacio social, y que esa desigualdad entre los géneros no es consecuencia de hechos naturales, sino históricos, y por ello se habla de posibilidades reales de cambio. Este cambio se producirá, precisamente, mediante la producción de conocimiento desde la metodología de género, la cual entre sus primeras consecuencias, deja al desnudo la pretendida neutralidad, objetividad y universalidad de la ciencia dominante, rigores “científicos” que presentan al sujeto masculino como único referente válido de lo humano.

Para nuestra investigación, es de vital importancia señalar lo que sustenta Comesaña:

“el género es una categoría analítica que nos permite captar el sentido de muchas prácticas y conductas, tanto individuales como institucionales. Como herramienta hermenéutica abre nuevos caminos a la investigación, y como tal, tiene una función positiva y una negativa.

Desde la perspectiva positiva, señala nuevos temas de interés y nuevas claves de entendimiento en la investigación. Desde el punto de vista negativo, el género nos lleva a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de muchas construcciones e instituciones”. (2004:26)

La teoría y metodología posibilitó captar el sentido de muchas prácticas y conductas que se aplican normalmente en las salas de parto, y son reproducidas tanto por las/os profesionales de salud, como por la institución hospitalaria, las cuales legitiman que los/as profesionales de la salud, despojen a las mujeres de su papel activo en tanto que ellos/ellas saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio, quedando el papel de la mujer reducido al de paciente. La perspectiva de género nos permitió acercarnos a la realidad de esa vivencia desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El género nos llevó a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de éstas prácticas, construcciones e instituciones.

## Lugares del encuentro dialógico

La institución que sirvió de referencia para la investigación fue la Maternidad “Concepción Palacios”, ubicada en la ciudad de Caracas.

La Maternidad “Concepción Palacios” por ser la institución pública por antonomasia de la obstetricia en Venezuela, fue seleccionada en el año 2007 como centro piloto del “Proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios”, llevado a cabo por el Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Alcaldía Mayor de Caracas. Que la Maternidad “Concepción Palacios” haya sido seleccionada como institución piloto de un proyecto lanzado como parte de una política de salud, fue una coincidencia afortunada con el momento de la investigación, porque el acercamiento a la búsqueda de información se hizo en medio de un proceso de sensibilización, palpable en algunas de las apreciaciones de quienes fueron nuestro grupo humano sujeto de estudio.

## Grupo humano sujeto-objeto del estudio

El grupo humano al cual nos aproximamos para la deconstrucción de las diferentes dimensiones de lo subjetivo-construido sobre la mujer, sobre su salud sexual y reproductiva, quedó conformado por dieciocho Obstetras, dos de los cuales fungieron como informantes claves y catorce residentes de la Maternidad Concepción Palacios.

La selección de obstetras y residentes se hizo a través de la coordinadora del “Proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios”, quien constituyó el contacto estratégico para la investigación. A través de ella hicimos enlace con los jefes de departamento y ellos/as a su vez con los adjuntos y así sucesivamente. En esa cadena jerárquica, llegamos hasta los/as residentes, quienes participaron voluntariamente y fuimos haciendo una agenda para las entrevistas.

Dentro de esa población voluntaria encontramos dos obstetras que fungieron como *“informantes claves”*, en tanto son profesionales formados desde su condición de pasantes hasta el postgrado en la maternidad “Concepción Palacios”, siendo hoy obstetras que, a pesar de ser formados allí, rompieron con el modelo dominante de aprendizaje y forman parte de la gente que promueve en el país, el parto no medicalizado.

Nos apoyamos en los aportes de Miguel Martínez para la selección de la población y la significación de los sujetos como informante clave, él señala:

“En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación.(...) se trata de buscar una población que sea comprensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero **haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información).**”<sup>1</sup>.  
(2006: 15)

### **Técnicas participativas - entrevista enfocada**

La técnica dialógica por la que optamos fue la de las entrevistas enfocadas, las cuales son consideradas según Robert Merton (citado por José Ruiz y María Antonia Ispizua, 1989) como un tipo de entrevista en profundidad. Lo que la diferencia es la concreción, ya que se centran en un foco de interés, en una experiencia, una situación. Por otra parte, van dirigidas a personas concretas, caracterizadas, escogidas previamente por haber tomado parte en esas situaciones o haber vivido esas experiencias.

### **Punto de Saturación del Conocimiento**

La representatividad de la información, va a estar garantizada por la calidad de la misma, y el punto límite de dicha representatividad vendrá indicado por el Punto de Saturación del Conocimiento, tal como sugiere Daniel Bertaux (1993). Dicho punto de saturación consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico (en el nivel de la descripción superflua), sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales.

Valernos de la saturación significó apropiarnos de la palabra de los/as entrevistados/as para sistematizar el material discursivo, posibilitándonos la obtención de eventos vinculados con el horizonte teórico de la investigación.

### **Construcción de eventos/núcleos críticos**

La deconstrucción de los discursos implica la comprensión del mundo tal y como la construye el/la propio/a entrevistado/a. Su construcción social de la realidad la hace a partir de los elementos significativos

1 Las negrillas son nuestras

de su experiencia personal. Al acceder a esos significantes del sujeto se tiene que asumir obligatoriamente, una actitud analítica diferente, donde el/la investigador/a e investigado/a entran en un proceso deconstructivo de la realidad social.

Estos procesos de caracterización de eventos y categorización nos conducen y son sinérgicos con los actos de percibir, discurrir, cotejar, disentir, añadir, ordenar, establecer nexos y relaciones entre dichas categorizaciones para ir construyendo el análisis dentro y desde la teoría que nos soporta. En una palabra, teorizar, parafraseando a Miguel Martínez (2006: 123-146), es un proceso cognitivo que puede llevarnos desde lo plenamente conocido hasta lo meramente sospechado, nosotras añadimos hasta lo meramente insospechado.

### **Patologizando lo natural... Naturalizando lo patológico**

El estatus de paradigma incuestionable que le ha conferido a la obstetricia ser una disciplina médica, la cual a su vez asume las premisas del discurso científico, trae como consecuencia que todas las representaciones simbólicas, los dispositivos de significados de que se vale el discurso médico y sus disciplinas, les legitimen de una manera tan férrea, que producen un cuerpo médico con una ceguera total frente al impacto de la medicalización de la vida, la muerte, y su constante intrusión en los ciclos de la existencia humana.

Desde hace algunas décadas, se viene discutiendo acerca de este abuso de la praxis médica sobre la vida humana. Investigadores como Irvinc Kenneth (1974); Iván Illich (1975); Michael Folcalt (1978), Jean Clavreul (1983); Giovanni Berlinguer (1996) y otros, han aportado sus reflexiones a dicha discusión. Por ejemplo, Giovanni Berlinguer señala:

“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. (1996: 40).

Estos efectos no deseados ocasionados por la medicalización, que repercuten en la calidad de vida de las personas, es lo que Ivan Illich ha denominado como Yatrogenia Clínica. Parafraseándolo, podríamos decir que estas consecuencias de la medicina constituyen una de las epidemias de más rápida expansión de nuestros tiempos. El dolor, las disfunciones, las incapacidades e incluso la angustia producida por la intervención médica técnica, rivalizan actualmente con la morbilidad producida por actividades relacionadas con el tráfico, el trabajo y aun la guerra. Iván Illich sostiene que:

...la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, son enfermedades yatrogénicas clínicas y comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o enfermantes, los medicamentos, los médicos o los hospitales, causando una serie de efectos secundarios terapéuticos. (1975:23)

Abordaremos la discusión de la medicalización para afrontar la manera como la medicina da solución a los procesos reproductivos de las mujeres, específicamente en el caso de aquellas que están pasando por alguna etapa de sus vidas reproductivas, no patológica, como es el caso por ejemplo, de la menopausia, la menstruación, la lactancia, el embarazo y el momento del parto, estas últimas de interés central para el presente trabajo. En estos casos, las mujeres son sometidas a tratamientos y procedimientos que conllevan secuelas negativas para su salud, no sólo a causa de los propios tratamientos, sino por el mismo hecho de tratarlas como enfermas. Debido a ello, las mujeres reducen su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica y hasta cotidiana.

Abrimos la puerta de entrada de las áreas de atención obstétrica señalando que las mujeres una vez que ingresan en dichas áreas, son evaluadas a través de signos y síntomas estrictamente orgánicos, y en base a éstos, son clasificadas como pacientes obstétricas de alto riesgo o pacientes de bajo riesgo. A éstas últimas le dedicamos el mayor interés en la investigación. Ellas vienen a conformar un grupo humano que desde lo epidemiológico, no entrañan un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o de mortalidad ni ellas, ni el feto, ni el neonato. Sin embargo, el protocolo médico exige que sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan las necesidades de dichas mujeres, aunque producen efectos secundarios que no son medidos ni evaluados por la obstetri-

cia académica oficial. Sin embargo, dichos efectos han sido discutidos y confrontados desde otras ópticas, médicas, sociológicas, antropológicas y fundamentalmente por las teorías de los derechos humanos género sensitivas, específicamente relativas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que han confrontado la hegemonía de la ciencia médica y sus disciplinas, asentadas en un poder que impide cualquier cuestionamiento de su praxis.

El cumplimiento de procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan a las mujeres, viene a ser una expresión de lo denominado medicalización de los procesos reproductivos y del parto, ya que, dado este tipo de atención obstétrica se reduce su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo entonces de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica y hasta cotidiana. Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir.

El ejemplo más paradigmático de la patologización se revela en esa rutina obstétrica expresada con tanta acritud por los/as entrevistados/as, la cual hemos desmenuzado hasta el hartazgo, o tal vez no tanto, ya que todavía encontramos nudos que desatar en dicha cuestión.

Leamos cómo el acoso de la patología se adueña del acto médico, y éste a su vez, usurpa el espacio corporal, sexual, psíquico, afectivo de las mujeres:

“...tenemos por norma que todas las mujeres que están en trabajo de parto es potencialmente quirúrgica porque puede ser que haga un sufrimiento fetal, un desprendimiento de placenta, que tenga una placenta baja y no ha sangrado y al empezar a dilatarse el cuello y cuando se rompa haya un sangramiento” (Obstetra)

“...entonces a uno le enseñan: apenas tengas chance rompe membrana para que tengas conocimiento del líquido amniótico, para ver si es claro, con grumos, maduro... cumplimos unas pautas para prevenirle problemas, patologías a las pacientes...” (Residente)

“...para prevenir un desenlace peor hacemos la episiotomía como rutina, a todas, al menos que venga ya pariendo, y sin embargo a veces se le hace...” (Residente)

“Hacemos parto con la paciente acostada para evitar problemas,... No se, si yo tengo un parto vertical y la mujer se me desangra yo la tengo que llevar a la posición acostada para yo poder resolver el problema, es la única forma, el parto vertical es inseguro para que el médico lo atienda,...” (Obstetra)

“Todos los procedimientos se les hacen porque no sabemos qué problemas pueden presentarse,... como por norma se le rompen no se le permite deambular,... además el espacio físico no lo permite, está diseñado para que no caminen, no haya personas ajenas al personal de trabajo...” (Residente)

“Yo soy profesor de postgrado, y participo en reuniones conjuntas y en todos los niveles conciben el embarazo desde el punto de vista patológico y si nos vamos a los estudios de pregrado también se hace hincapié en patología, hacen pasantías en los hospitales y aprenden a través de las conductas que se siguen allí” (Obstetra)

En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, bajo estos signos labora el personal de dichas áreas, por ello, la rutina de trabajo les da la sensación de seguridad frente al acecho de la emergencia y la patología. Este tipo de atención va en una escalada que no tiene fin, las parturientas aun sin ser embarazadas de alto riesgo, son tipificadas como pacientes para poderlas tratar como tales. Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer y obviamente de quienes la atienden. Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están saturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente su hijo/a, generando una situación de angustia para la madre, además de inhibir el bajado de la leche por falta de estimulación inmediata del pezón. Todo esto sin hacer mención de las circunstancias afectivas, emocionales, psicológicas que sufre una parturienta mientras su cuerpo es objeto de esta serie infernal de procedimientos médicos.

Esa concatenación de eventos medicalizados y patologizados asegura la eficacia del trabajo profesional y un “guardarse las espaldas” frente a cualquier emergencia ocasional, todo ello, por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres.

Conviniendo con estas aseveraciones Robbie Davis-Floyd acota:

“En profesiones como la medicina, donde el caos invade la práctica diaria, quedar adheridos a las rutinas ritualistas, en las cuales pueden demostrar claras competencias, pueden mantener el miedo a raya y darles a los médicos una sensación mayor de confianza y control sobre lo que suelen ser resultados muy inciertos. Los médicos insisten en que esas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento de la institución. La verdad más profunda es que muchos de ellos se sienten perdidos sin la confianza que tienen en las funciones de la estandarización de las rutinas”. (2004: 42)

Con gran pertinencia, Eva Gilberti también precisa al respecto:

“Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata solo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer.. Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquela en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo”. (2007: 2)

Ilustremos el asunto de la patologización con aportes de nuestros informantes clave:

“...el suero intravenoso, se pone por si acaso, por si a la mujer hay que ponerle un medicamento, si hay que ponerle antibióticos, si pasa algo y la mujer se está muriendo tú ya tienes una vía por donde administrar el medicamento que la reviva, si el parto es de bajo riesgo lo más probable es que no pase nada, se desmayó, se la bajó la tensión, le pones los pies en alto y ya está, le agarras la vía rapidito, otro ejemplo, el rasurado, no se justifica, más bien favorece más la infección, porque tú traumatizas la piel cuando la rasuras con hojilla y así podemos seguir, la

episiotomía como procedimiento es demasiado agresivo, brutal e innecesario, por ejemplo, en la Maternidad nos enseñaron que hay que hacer episiotomía al 100% de las mujeres primerizas para evitar un prolapso genital, para minimizar traumas en la cabeza del bebé, para reducir los riesgos del período expulsivo, todos los argumentos que te dan son medias verdades e insuficientes, los trabajos te dicen que es más probable que haya una lesión severa del periné con la episiotomía que si no la has hecho, de la ruptura de membranas, del uso del fórceps, yo he tenido que ir contra corriente, yo ahora pongo a la mujer a gatear, probablemente el bebé se voltea y si no se voltea pues la mujer termina dilatando y pariendo en variedad posterior y no le pongo fórceps, pues el fórceps garantiza un parto con medicamentos, drogas, anestesia, episiotomía.” (Informante clave II)

“La fisiología normal del embarazo y del proceso de parto a veces son las primeras informaciones que se dan y también las primeras que se olvidan, porque se mete mucha materia patológica, es más, te cuento como profesor universitario del postgrado de ginecología y obstetricia de la Maternidad, que tenemos ahí una seña, cuando uno quiere evaluar a un residente que puede ser del último año, que ya se va a graduar, para ver si en realidad está preparado para ponerle una buena nota en un examen, les preguntamos cosas básicas de fisiología y anatomía, ahí es donde generalmente los raspamos porque son cosas que se toman como de poca importancia y la práctica de rutina las hace olvidar, porque se les enseña para lo patológico y no para lo normal, pero si uno les pregunta la letra chiquita del libro, las cosas más complicadas ahí salen bien, generalmente el residente de la Maternidad sale muy bien preparado, pero lamentablemente los preparamos para resolver las patologías no para las cosas normales.” (Informante clave I)

Intentemos deshilvanar un ovillo oculto en esta disertación sobre la patologización. A estas alturas del trabajo, hemos decodificado el sistema de significantes que soportan la autoridad del cuerpo médico sobre y en el colectivo social. Ahora bien, si el médico/a es la autoridad, es a la vez quien sabe qué se debe hacer y cómo se debe hacer en relación a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Partiendo de allí, todo lo que ocurra fuera de lo esperado, fuera de la norma médica, se considera que no es responsabilidad del cuerpo médico, sino en nuestro caso de la mujer, quien tal vez: no sea obediente y deje de cumplir los tratamientos, o sea desaseada y se infecte, o sea ignorante y no entienda las indicaciones médicas, o sea pobre

y esté desnutrida, anémica, o su cuerpo tenga una deformidad que ocasionó un problema, en fin, para la epidemiología oficial, en tanto parcela de la medicina, que busca los determinantes de la salud y la enfermedad, sobran los argumentos que dejan incólume a la institución médica y su práctica, y sobran los sustentos para afirmar que las consecuencias de la enfermedad están en lo individual.

Como mucho, pueden reconocer el impacto de la calidad de los servicios de salud en los perfiles epidemiológicos.

La mortalidad materna (MM) es un evento que la epidemiología puede medir, porque responde a la lógica causa-efecto, es decir, existen cuerpos muertos, en determinadas condiciones fisiológicas, que se pueden contar y asociar a causas obstétricas. Lo que no se puede medir de forma confiable es la morbilidad materna, y este dato viene a constituir un punto significativo para el tópico del impacto de la patologización en la salud reproductiva femenina. Según los expertos en el tema, la dificultad se debe a que no existe una definición universalmente aceptada de morbilidad materna. Generalmente, para levantar los perfiles de dicha morbilidad, se usan tres categorías: las complicaciones agudas, los problemas crónicos y las enfermedades asociadas. De esas tres categorías la que más arroja datos son los problemas agudos, ya que ocurren durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el post parto (hemorragias, hipertensión, aborto séptico, infección); las otras dos categorías aparecen un tiempo después del nacimiento, lo que impide que se identifique como morbilidad materna, quedando oculto por subregistro epidemiológico. (María del Carmen Elú y Ana Langer, 1994:27)

Señalan los obstetras Rafael Molina Vílchez y José García Ildefonso:

“La evaluación de las condiciones de la paciente obstétrica, de las enfermedades que la afectan y de la calidad de los servicios que los sistemas de salud le dispensan, se hace por lo general de un modo indirecto, mediante indicadores negativos, como la mortalidad materna (MM) y la perinatal. (...) La tasa de MM, por sí sola, dice poco de lo que acontece en las salas de maternidad. Existen poblaciones cuyo progreso médico y extramédico ha convertido la MM en algo bastante infrecuente. Centrar la atención en unas pocas entidades nosológicas que de momento, y en un sitio específico, han llevado algunas madres a la muerte, aunque de innegable valor para las nuevas estrategias asistenciales y administrativas, puede conducir a una visión sesgada de los patrones generales de “enfermedad obstétrica” (2002:1)

Por un lado evidenciamos desde los aportes de los propios expertos, que la evaluación de las enfermedades que afectan a la paciente obstétrica, es decir, la morbilidad materna, se obtiene de manera indirecta, lo que incide en la poca confiabilidad de tales datos y por otro lado, que los índices que sugieren dicha morbilidad son tomados de enfermedades orgánicas que obvian la repercusión que puede tener en esos determinantes de enfermedad las rutinas obstétricas y el entorno mórbido hospitalario.

Deshilemos el ovillo del impacto que la patologización ocasiona en la vida de la mujer, narrando una experiencia que viene a ser la experiencia de muchas mujeres que han parido en cualquiera de las salas obstétricas hospitalarias del país, en cuanto sabemos que existe una lógica patrón/impuesto para la atención del parto médico.

“... 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,...” (Camacaro, Marbella 2000: 109).

El testimonio reclama una pregunta: ¿Cuál epidemiología va a recoger como determinantes de morbilidad materna la postura en la cama ginecológica, las horas acostadas sin moverse, antes, durante y después del parto impuesta por la orden médica; los tactos y revisiones uterinas realizadas por y para el resguardo médico, el agotamiento psíquico de la soledad del parto? Heridas de muerte por el testimonio, sólo diremos que la medicalización/patologización escarnece la dignidad de las mujeres.

## Referencias Bibliográficas

- Berlinguer, Giovanni. (1996). *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Bertaux, Daniel (1993) De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. En: Marinas, J. y Santamaría, C. *La Historia Oral: Métodos y Experiencias*. Edit. Debate. Madrid.
- Camacaro. C, Marbella. (2000) *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela

- (2008) *Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada*. En: Yamile Delgado de Smith y González, María (compiladoras). *Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política*. Laboratorio de investigación en estudios del trabajo. (LAINET). Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Venezuela
- Comesaña, S., Gloria (2004) *La ineludible metodología de género*. *Revista venezolana de Ciencias Sociales*. Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Vice-Rectorado académico. Volumen 8 N° 1. Venezuela.
- Davis-floy, Robbie (2004) *Del médico al sanador*. Editorial Creavida. Buenos Aires. Argentina.
- Elú, María del Carmen, Ana Langer, (1994) *Maternidad sin riesgos en México*. Dinámica visual de México. Mexico.
- Foucault, Michel (1978) *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI. México
- Giberti, Eva. (2007) *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*. Primer Congreso Nacional de Partería <http://www.evagiberti.com> (Consultado: 01/06/2008; 2; 45 p.m.)
- Illich, Ivan. (1975) *Némesis Médica*. La expropiación de la salud. Barral Editores. Barcelona. España.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia*. (2007) Gaceta Oficial N° 38.647. República Bolivariana de Venezuela
- Martínez M., Miguel. (2006) *La investigación cualitativa: síntesis conceptual*. *Rev. Investig. Psicol.*, jun. 2006, vol.9, no.1, p.p 123-146.
- Molina Vílche, Rafael, José García Ildelfonso (2002) *La morbilidad materna aguda y severa*. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 62(1):1-3
- Pelcastre, Blanca. (2005) *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí*. *Revista Escuela de Enfermería USP*; 39(4). , México.