



Relaciones de poder y opresión dentro de la sala de parto: narrativas de enfermería

Relations of power and oppression within the delivery room: nursing narratives

Relações de poder e opressão na sala de parto: narrativas de enfermagem

Como citar este artículo:

Rangel-Flores YY, Martínez-Villa CM, Jiménez-Arroyo V. Relations of power and oppression within the delivery room: nursing narratives. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210476. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0476en>

 Yesica Yolanda Rangel-Flores¹

 Consuelo Magdalena Martínez-Villa²

 Vanesa Jiménez-Arroyo³

¹ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, San Luis Potosí, México.

² Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, Chihuahua, Chih, México.

³ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Morelia, Mich, México.

ABSTRACT

Objective: To analyze, from the perspective of decolonial feminism, the power and oppression relations experienced by nurses in the delivery room in a hospital in Mexico. **Method:** Qualitative study in which 15 nurses selected by theoretical sampling were interviewed. The interviews were fully transcribed and subsequently analyzed using content analysis. **Results:** The emerging central category was “Inter- and intragender power/oppression relations” and psychological and symbolic violence were the most frequent types. Gender was confirmed as the most important structural determinant of oppression, cutting across bodies and professional identities. The conditions contributing to intragender conflict are age, expertise, and specialization. Three coping resources were documented: defenselessness, complicity and resistance. **Conclusion:** It is necessary to denaturalize the forms of power/oppression sustained by gender inequalities, but also to discuss other conditions that determine power/oppression relations between women and colleagues. Eradicating intra-gender and intergender violence is necessary to access safe working environments that promote creativity for the exercise of care.

DESCRIPTORS

Violence, Gender-Based Violence; Workplace violence; Nursing; Delivery rooms; Qualitative research; Feminism.

Autor correspondiente:

Yesica Yolanda Rangel-Flores
Av. Niño Artillero #130, Zona Universitaria
78240 – San Luis Potosí, S.L.P. México
yesica.rangel@uaslp.mx

Recibido: 14/10/2021
Aprobado: 02/12/2021

INTRODUCCIÓN

Aunque la violencia es una de las líneas de investigación más fortalecidas en las últimas dos décadas, es necesario, dada la complejidad del fenómeno, profundizar en el tema e incorporar en su análisis, teorías emergentes en el campo del género y los derechos humanos, recursos metodológicos y epistémicos que posibilitan generar nuevas explicaciones a las motivaciones de la violencia y a las estrategias de enfrentamiento que se implementan frente a la misma⁽¹⁾.

Resulta urgente por otra parte, estudiar las violencias que tienen lugar en espacios distintos al doméstico, pero que al igual que la denominada “violencia familiar” merman la calidad de vida y la salud. Particular relevancia amerita visibilizar y explicar las violencias que tienen lugar dentro del espacio laboral y específicamente dentro del ámbito hospitalario, donde las relaciones de poder/opresión legitiman formas de explotación en las que las enfermeras por su doble o triple condición, de género y profesión, –algunas veces etnia y clase–, figuran como particularmente vulnerables⁽²⁾.

Pese a que diversos estudios hablan sobre el importante papel de las enfermeras en la promoción de una cultura de la paz, particularmente por la responsabilidad que asumen durante el tamizaje para la identificación temprana de la violencia intrafamiliar y en la canalización de las víctimas a servicios especializados, incluida la canalización a centros de denuncia y refugio;⁽³⁾ es poco lo que se ha escrito sobre las violencias que las enfermeras viven dentro de los servicios de salud y de las motivaciones e impactos que tienen estas en su desarrollo personal y profesional⁽⁴⁾.

Ahora, aunque si bien es escaso lo que se ha escrito al respecto, estudios antecedentes posibilitan dar cuenta de que las violencias que las enfermeras enfrentan en el ámbito laboral están íntimamente asociadas con la feminización de la profesión⁽²⁻⁵⁾. Algunos de los trabajos que abordan el problema de la violencia dentro de los servicios de salud documentan que el personal de Enfermería es más vulnerable que otros profesionales sanitarios a vivir acoso y hostigamiento por parte de superiores y miembros del equipo multidisciplinario⁽⁶⁻⁷⁾, particularmente quienes son más jóvenes y con menor experiencia profesional⁽⁸⁾. En cuanto a quienes son los agresores, se ha señalado que entre estos se incluye tanto las personas usuarias de los servicios⁽⁹⁾, como los compañeros del equipo sanitario⁽¹⁰⁾, particularmente los médicos⁽¹¹⁾. En lo que respecta a las formas de violencia, una revisión integrativa documentó que la forma prevalente es el acoso moral⁽⁷⁾.

En el contexto antes descrito, una de las limitaciones que se identifica en estos estudios tiene que ver con que la violencia dentro del ámbito hospitalario se acota para su análisis en los parámetros establecidos para la violencia laboral, limitando su perspectiva principalmente en cuestiones administrativas y de tipo organizacional de las instituciones de salud⁽¹²⁻¹³⁾, sin profundizar en como una serie de cuestiones estructurales tales como el género, la clase y la profesión detonan y pautan la dinámica del conflicto. Poco se escribe sobre los impactos que genera la desigualdad socialmente construida entre los géneros dentro del ámbito sanitario, o de la estereotipación/generización de las profesiones, un fenómeno que invisibiliza e incluso llega a

naturalizar las opresiones que las profesiones masculinizadas ejercen sobre las profesiones feminizadas.

En esta investigación, retomamos los aportes del feminismo descolonial para observar el fenómeno e interpretarlo. El feminismo descolonial emerge como una mirada crítica al feminismo clásico hegemónico, interpelándolo para cuestionar otras categorías que sumadas a la condición de género, colocan a las mujeres en una posición de subordinación respecto a los hombres, sin embargo, que a diferencia del pensamiento feminista clásico hegemónico, reconoce la existencia de otras categorías como la clase, la etnia, la educación, etc., que contribuyen a la distribución desigual del poder, no solo de las mujeres en relación con los hombres, sino también al interior del propio género, es decir, entre mujeres⁽¹⁴⁾.

El tomar como marco esta propuesta teórica nos permite explicar cómo los constructos de género permean en los espacios profesionales y se traducen en recursos para estereotipar (asignar estereotipos) y generizar (asignar un género) las profesiones, situación que impacta desfavorablemente tanto en quienes ejercen la Enfermería como a la propia profesión, una situación grave, pues se ha documentado que las profesionales feminizadas se caracterizan por un mayor riesgo psicosocial y una mayor brecha salarial en relación con otras profesiones^(7,15).

De igual manera, nos posibilita dar cuenta de otras condiciones estructurales que sostienen las relaciones de poder y opresión dentro de los servicios sanitarios, dado que estas no emergen exclusivamente asociadas a la condición sexo-genérica, sino con la intersección de esta con otras condiciones que refuerzan las desigualdades y legitiman las opresiones, entre las cuales puede nombrarse la clase, el origen étnico y el nivel educativo; y haciendo visible además, la complicidad de las instituciones para sostener estas formas de opresión y desigualdad⁽¹⁶⁾. En el tenor de lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación fue analizar desde la perspectiva del feminismo descolonial, las relaciones de poder y opresión profesional que vive un grupo de enfermeras dentro de la sala de atención de parto en un hospital público del norte de México.

MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cualitativo con enfoque en la etnografía institucional en el contexto de la sala de parto. La etnografía tiene un carácter holístico porque profundiza en el discurso con la capacidad de triangularlo con las prácticas, lo que le dota de potencialidad para trascender hasta los imaginarios que motivan las acciones y las interacciones que las personas tienen dentro de un campo específico⁽¹⁷⁾.

ESCENARIO

Hospital urbano de tipo público con atención a población a través del “Seguro Popular”, programa que subsidia un paquete de servicios médicos gratuitos a personas que no cuentan con seguridad social y que se encuentra en riesgo alto de empobrecimiento por gastos en salud. Se decidió trabajar dentro de las salas de atención del parto, ya que existen estudios antecedentes que han señalado este espacio como particularmente estresante para el personal de salud, lo cual es detonador de

conflictos e incrementa el riesgo de practicar y recibir algún tipo de violencia⁽¹¹⁾.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Las informantes fueron enfermeras que laboran en salas de parto. El número de informantes fue de acuerdo al criterio de saturación teórica y la selección de las participantes fue a partir de los criterios de relevancia teórica. En un primer momento acatando al muestreo propositivo, se buscó identificar informantes que tuvieran el conocimiento del fenómeno, lo cual pudo constatarse a través de conversaciones informales que se sostuvo con ellas dentro de los servicios, como parte de la experiencia etnográfica y previo a las entrevistas. En un segundo momento, se convocó la participación de actoras que nos permitiesen profundizar en los hallazgos identificados más relevantes de teorizar e invitando a participar a tantas actoras hasta el punto de la saturación teórica, es decir, hasta que la información compartida comenzara a ser redundante y las categorías de análisis se mostraran suficientemente consolidadas.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

El periodo de recolección de datos fue de 2017–2019, tiempo en que se realizaron entrevistas individuales con un guion semiestructurado basado en el constructo teórico de las cinco de las ideas radicales que sustentan el interaccionismo simbólico, las cuales son: a) sociedades o grupos humanos, b) interacción social, c) el ser humano como agente, d) los actos humanos, e) la interconexión de las líneas de acción⁽¹⁸⁾.

Dimensión	Descripción
Sociedades o grupos humanos	Identidad profesional, pertenencia al colectivo profesional, rasgos identitarios, conflictos de identidad profesional.
Interacción social	Relaciones y conflictos profesionales dentro de las salas de atención del parto, vías y estrategias de comunicación, resolución de conflicto y acuerdo para el trabajo.
El ser humano como agente	Actuación para resolver conflictos profesionales y para la delimitación de funciones profesionales, límites e imbricaciones del actuar profesional como otros miembros del equipo.
Los actos humanos	Motivaciones y litaciones personal y/o colectivas para el actuar profesional, seguridad y confianza en sí misma para el actuar profesional.
La interconexión de las líneas de acción	Agencia para actuar profesionalmente relacionándose con el resto de las profesiones.

La etnografía fue levantada por quien figura como segunda autora de este artículo, quien realizó estancias dentro de las salas de labor de forma intermitente durante un periodo de seis meses, integrándose de manera indirecta en el campo, participando en los cuidados de Enfermería y levantando notas etnográficas. Desde este primer acercamiento, se informó del propósito de la investigación y se dio a conocer para su firma el consentimiento informado. Los encuentros a solicitud de las propias enfermeras se realizaron fuera de las instituciones donde laboraban. Realizar las entrevistas en la biblioteca del hospital escuela y en cafés cercanos al hospital contribuyó a que se sintieran en libertad

de expresarse y generasen narrativas profundas. Las entrevistas fueron realizadas siempre por la misma investigadora y en el caso de tres de las participantes se requirió de más de un encuentro. En promedio cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron analizados inmediatamente después de cada entrevista según la propuesta de análisis temático. Tras cada encuentro y sin demora se procedió a la transcripción completa de los audios generados, iniciando la codificación abierta para identificar los códigos vivos e ir proponiendo las subcategorías y categorías emergentes. Tras este primer análisis, se decidía si era necesario o no otro encuentro para consolidarlas.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue revisado y avalado por el Comité de Investigación y Ética de la universidad de Guanajuato, registro CIDSC 2950127. Así como por el Comité de Investigación y Ética del hospital en que esta investigación tuvo lugar, donde se asentó con el registro 000176 del libro de registro de protocolos de investigación, tomo II.

RESULTADOS

Se trabajó con quince enfermeras, el promedio de edad fue de 32.4, con un mínimo de 25 y un máximo de 52, todas mestizas. En cuanto al nivel educativo, tres eran auxiliares de enfermería, cuatro enfermeras técnicas, cuatro enfermeras licenciadas y cuatro tenían maestría. El tiempo de permanencia en el área de salas de parto, fue de dos a 16 años.

La categoría central que emergió fue “Relaciones de poder/opresión inter e intragéneras” dado que se identificó que dichas relaciones se viven y enfrentan de forma significativamente distinta entre hombres/mujeres y entre mujeres.

Las formas de violencia que predominaron fueron psicológicas y simbólicas, las psicológicas ejercidas principalmente a partir de la práctica de ley de hielo o invisibilización: *El médico no mira hacia la cara, llega y no te habla, no saluda, no te dice nada* (E6). Aunque también a través de la palabra: *Hasta el médico, a veces ya vienen cansados o sin ganas, cualquier detalle, o sea no es así un conflicto, pero a veces cualquier palabra, detallito así, los hace explotar y gritar por nada*. (E3).

La violencia de tipo simbólica es aquella que no se identifica de forma plena como un acto de opresión o violencia, pero sí como una condición que determina una carga diferenciada de trabajo entre las profesiones.

[Los médicos] *Vienen más a ver que se consiguen* [se refiere al coqueteo con médicas, estudiantes, enfermeras], *más que a dar verdaderamente atención, y ese es un problema, porque nada más andan chacoteando y no hacen la que deben hacer (...) termina haciéndolo Enfermería y por eso dejamos de hacer lo que se nos toca*. (E4)

PODER/OPRESIÓN INTERGÉNERO

Los constructos sociales de género tienen el potencial de estereotipar los cuerpos y las experiencias individuales, pero también hace lo propio con las profesiones. Las profesiones masculinizadas subordinan a las feminizadas, reproduciendo

entonces relaciones y dinámicas de poder/opresión muy semejantes a las que ocurren en el ámbito doméstico.

El rol del médico es llegar y preguntar cómo ha estado la señora y pues nosotras le decimos, y nosotras somos que como que más el apoyo ¿verdad?, nosotras somos las que estamos, sabemos que tiene, por que llora (...) y el médico pues no (...) él nomás llega y a lo que es, no tienen tanta relación con la paciente. (E4)

La incidencia del género en el campo profesional estimula una serie de comportamientos que se traducen en una mayor carga de trabajo para Enfermería. La masculinidad parece resultar incompatible con la realización de una serie de tareas asociadas de forma institucional a la medicina, por lo que estos actores se deslindan y esperan que sea enfermería quien las lleve a cabo, aunque no estén descritas como funciones institucionales de enfermería y les resten tiempo para efectuar las que les compete realizar de forma independiente.

En cada área se llevan a cabo las indicaciones médicas, pero hay otras que no son indicaciones de ellos, son cosas que nosotras sabemos que las tenemos que hacer, algo así como implícito (...) pero resulta que nosotras somos las que vigilamos las infusiones y estamos al pendiente de los focos [cardíacos fetales], porque los médicos a veces están y a veces no, o están dormidos, y los despiertas ¡y para que quieres!... Entonces pues ahorrarte los problemas, hazlo también tú. (E7)

Una entiende que ellos saben hacer su trabajo y Enfermería el suyo, el problema es que ellos no lo ven así y te quieren decir cómo hacer tu trabajo, aunque a veces Enfermería les termine haciendo el suyo, nos ponen a hacer lo del triaje, que levanta datos médicos y no de enfermería, nosotros pues valoremos lo nuestro, lo que nos va a servir para darle una mejor atención, aunque no se haga PAE [Proceso de Atención de Enfermería], pero así se empieza, pero no, para ellos lo de Enfermería no es importante, porque no lo conocen y nos vienen a poner a hacer lo de ellos. (E13)

PODER/OPRESIÓN INTRAGÉNERO

Pero la disputa en las relaciones de poder/opresión dentro del espacio institucional no sólo se documentaron en la relación médico-enfermera, también se evidenciaron al interior de la propia profesión y entre mujeres. Las enfermeras que acceden a mayores niveles de especialización replican estas relaciones de poder/opresión con las enfermeras más jóvenes, las que tienen menor expertis y las que no han accedido a la especialización porque no tienen los recursos para hacerlo o simplemente porque no es de su interés.

Pero que también [las otras enfermeras] sepan valorar a una, sabe más uno por la experiencia, si nomás hace falta el papelito, pero así llegan a humillar, y ya no está uno para eso. (E6)

Pues [las enfermeras más estudiadas] te quieren hacer sentir menos, que porque no estudias, que necesitas leer, entonces pues creen que lo que digan es ley, y se echan a las jefas al bolsillo y la burra pues eres tú, ahí si como que me repatea que me digan si estudio o no, cada uno tiene sus prioridades y necesidades. (E14)

La especialización no es percibida como una condición que potencie la calidad del cuidado, sino como un determinante que

fragmenta las relaciones, promueve la competencia y la rivalidad entre el gremio, y afecta la comunicación y habilitación entre pares.

En nuestra época, si te decía algo alguien de mayor jerarquía, lo hacías sin chistar y ahora les dices algo a alguien de menos antigüedad, a lo mejor más estudiada, ¡ya parece que te va a escuchar! parece que les dices que no saben nada y se molestan. (E8)

Pero si no son buenas compañeras pues no son buenas enfermeras, aunque sepan mucho porque estudiaron. (E15)

Pasando al tema de los recursos que ejerce la Enfermería para moverse dentro de estas relaciones de poder y opresión, se identificaron tres estrategias principales: la indefensión, la complicidad y la resistencia.

INDEFENSIÓN

Algunas de las informantes dijeron haber presenciado situaciones donde sus compañeras fueron violentadas sin haber opuesto resistencia. Además, conciben que esta aceptación de la opresión deriva de que se contempla a la Enfermería como una profesión subordinada, o bien porque identifican alguna ventaja de tolerar estas conductas.

La enfermera está acostumbrada y formada a seguir las indicaciones médicas, sin a veces visualizar si es lo correcto o no, entonces se vuelven rutinarias y se enorgullecen de ello, porque ya saben que “le gusta” a tal médico y así lo mantienen contento, o ya les trae algo de comer. (E10)

Otra cuestión que se evidenció en la investigación, es que la indefensión emerge como la única posibilidad dentro de un contexto que se sabe impune y en el que no se impartirá justicia. Esta falta de credibilidad en la impartición de justicia emerge de experiencias previas en las que se ha dado cuenta que se da más credibilidad y protección al personal médico que al de Enfermería, o incluso, porque se ha sido testigo de la revictimización que viven las enfermeras al no garantizar la confidencialidad durante el proceso de una queja o denuncia.

Le llaman la atención y el médico se enoja contigo y es una situación muy tensa, mejor ya ni dices nada, de todas maneras, al día siguiente hacen lo mismo, así que con quien te quejas, donde te cobijas o a quien le importa, nos callamos y seguimos, sacamos el trabajo y tratar de hacerlo de la mejor manera. (E4)

Experiencias como estas terminan por reforzar en el pensamiento colectivo, la imagen subordinada de la Enfermería, afectando también la capacidad que como profesionales tienen para actuar como defensoras de los derechos de sus pacientes.

Yo como enfermera, que a lo mejor soy simple mortal, que a lo mejor no tengo toda su experiencia, tengo mis estudios, pero no me atrevo. (E15)

Por más que trato de no personalizar, no se puede, a veces si me meto [cuando ve que maltratan a una usuaria] y si es de -ya no grite, ya no le grite- [le dice al médico] pero [lo toman] mal, o sea se molestan también con una. (E8)

LA COMPLICIDAD

Vivir de manera prolongada en un contexto de violencia, independientemente que esta sea institucional, entraña el riesgo

de normalizar estas formas inaceptables de relacionarse e incluso de llegar a legitimarles como válidas. En este sentido, identificamos que la complicidad encuentra distintas maneras de ejercerse. Una consiste, por ejemplo, en pasar por alto la violencia de que son objeto porque les resulta vergonzante ser maltratadas ante las usuarias.

[Los médicos] *No saben manejar su forma de ser y le hablan a una mal delante de las pacientes, entonces le estás tratando de dar confianza [a la paciente], y pues la paciente dice ¿Qué pasó? ¿Si a una le está gritando pues que se espera ella? y uno trata de calmarla y decirle no, no es que es esto o por lo otro, trata uno de sobrellevar el momento.* (E4)

Otra de las motivaciones para no detener las actitudes violentas tiene que ver con la normalización que se ha hecho de esta como forma de relacionarse, y la aceptación de que, en el marco de esto, unas veces toca ser víctima y en otras, victimaria.

Porque eres testigo de malos tratos, groseras en su trato, pero ni modo que las pongamos en la cruz, al rato soy yo y quien me defenderá, jajaja (...) por eso en la casa del jabonero el que no cae, resbala (...). (E7)

Algunas de las informantes reconocen que ejercer violencia dentro del servicio está naturalizado, y que incluso, cuando se llega a ejercer contra las usuarias, ellas no lo identifican como violencia, sino más bien como parte de la dinámica institucional.

Ellas [pacientes] ni siquiera se dan cuenta que las tratan mal, porque siempre las han tratado así, ¿Y pues quien nos ve?, ¡Nadie! Nos tapamos entre nosotras y te evitas problemas. (E11)

Somos servicios cerrados, muchas cosas aquí se pasan por alto, cuando entramos, sabemos que es así y así nos tratamos todos, médicos, enfermeras, intendencia y estudiantes, por eso las pacientes no notan la diferencia del trato, porque todos nos tratamos así [violentamente]. (E7)

Desarrollar complicidad llega incluso a ser visto como una conducta solidaria.

Siento que estoy ventilando mi propia práctica, sé que son cosas que se pueden mejorar, pero nos dejamos llevar por lo fácil, lo que siempre se ha hecho, los estudiantes poco a poco van entrando a hacer lo mismo, nos ha pasado a todos. (E5)

LAS RESISTENCIAS

Existen quienes no se alinean a estas dinámicas de indefensión y complicidad, y las cuestionan. El diálogo destaca como una de las estrategias, aunque reconocen que intentar dialogar llega a interpretarse también como un acto confrontativo.

Con las compañeras cuando gritan, no me gusta nada, si podemos solucionarlo hablando, piensa que gritando se solucionan, pero yo pienso que podemos hablar y solucionar todo, pero no es fácil que quieran hablar sin gritos. (E5)

Si las enfrentas te echas a todos de enemigos, si te quedas callada te frustras, lo que hago es ser diferente y tratar de que las otras al verme, pues no sé, mínimo les dé por hacer lo que hago algún día, sé que lo que les diré no les va a gustar y ahí vamos de nuevo, yo soy la conflictiva, la mala leche. (E6)

Señalan que es indeseable involucrar a superiores, de hecho, la denuncia es vista como una forma de violencia por lo que tratan de evitarla y resolver la situación con sus propios medios.

Hay quien luego le habla a la supervisora, y otras no, tratamos de hablar, mira tranquila (...) mira, hiciste esto (...) y así como que (...) pues son diferentes personas, depende de la que le pase la situación, gritan y así... luego me asusto, pero no meto a las supervisoras. (E7)

Una cuestión que resultó relevante fue dar cuenta que el diálogo se identifica como una estrategia posible entre profesionales de enfermería, no así cuando se trata de una situación entre un médico y una enfermera. Porque ahí se ve una doble distancia para el acuerdo, el género y la profesión, dos condiciones opresoras y determinantes para no acceder a la justicia.

Te les enfrentas [a los médicos] y es muy desgastante, son muy groseros, creen que todo lo saben y pues tranquilos aquí cada uno sabe lo que tiene que hacer, ellos saben, nosotras sabemos. (E8)

Fíjate que los [médicos] adscritos no hacen eso [ser violentos], lo hacen más los residentes e internos, pero más fácil a ellos si los regaña una, aunque te la devuelvan, pero es más fácil que hablar con ellos. (E9)

Las enfermeras se saben de antemano en desventaja frente a los médicos y prefieren la confrontación antes que denunciar la situación.

Y los regañas, se quejan de que los estas maltratando y ya sabes que en lugar de llamarles la atención, te la llaman a ti, y optas por ya no meterte en problemas y no decirle a las jefas, les dices, los regañas y los ubicas aunque lleguen a ser groseros. (E3)

DISCUSIÓN

Los hallazgos evidencian que la violencia dentro de este espacio se sustenta en relaciones de poder/opresión que ameritan ser discutidas distinguiendo lo intragenérico (entre los dos géneros) de lo intergenérico (dentro del mismo género), puesto que las experiencias y los mecanismos de afrontamiento son sustancialmente diferentes entre hombres-mujeres y al interior del mismo grupo de mujeres⁽¹⁹⁾.

En cuanto a las relaciones de poder y opresión entre los géneros, destacó la existencia de violencia simbólica, la cual resulta compleja de reconocer por las informantes. Precisamente porque como señala Bourdieu, se invisibiliza ante los ojos de las víctimas e incluso de los agresores, dadas las estrategias de complicidad que se elaboran desde el Estado, la sociedad y las instituciones para hacer legítimas estas formas de poder/opresión y hacerlas pasar hasta como “naturales” en los ámbitos institucionales, provocando incluso que quienes resultan oprimidos, naturalicen y justifiquen su opresión. En términos de Bourdieu, los dominados introyectan disposiciones mentales que legitiman las relaciones de poder/opresión y las naturalizan⁽²⁰⁾.

La violencia simbólica se encontró implícita en una distribución desigual del trabajo que no obedece al profesiograma sino a una tendencia del personal médico por descargar en las enfermeras funciones que les competen profesionalmente. Lo anterior desde la teoría de género está asociado con el fenómeno

de la generización de las profesiones, es decir, con la tendencia de clasificar a las profesiones en el pensamiento colectivo como “masculinas” y “femeninas” y con esto, a reproducir los roles jugados en el ámbito de lo doméstico, donde las tareas que exigen mayor permanencia, rutinarias y son vistas de menor complejidad, se contemplan como femeninas, siendo justamente las actividades que contribuyen directamente a mayor desgaste y carga mental⁽²¹⁾.

Ahora, si bien las informantes de esta investigación relataron inconformidad con el hecho de tener que asumir tareas que corresponden al personal médico, se hizo evidente como naturalizan esta sobrecarga, producto de la asimilación de una serie de imaginarios construidos en torno a las profesiones, desde los que legitiman la praxis de lo que se ha llamado el “*Habitus* médico autoritario”⁽¹¹⁾. Este concepto hace referencia a la construcción simbólica y material de interacciones institucionales que, sustentadas en las jerarquías profesionales, “legitiman” al personal médico para cometer actos que aportan a la desigualdad, el castigo, la discriminación y la violación a los derechos humanos; tanto en las relaciones que sostienen con las personas usuarias de sus servicios, como con el resto del equipo multidisciplinario.

Con los hallazgos reportados en la presente investigación, puede darse cuenta que los procesos de colonialidad en el ámbito sanitario no se acotan en el momento histórico del surgimiento de la Enfermería, ni son un tema superado. Las relaciones de poder/opresión entre las profesiones continúan reproduciéndose, derivado de un sistema patriarcal que se sofisticó para mediante estrategias cada vez más sutiles. Reinventarse y mantener las desigualdades de género, tanto en el ámbito doméstico como en el público, mediante formas de interacción y maltrato basados en el sexismo dentro de un espacio laboral que no es neutro en términos de género⁽²²⁾ y donde la desigual distribución del trabajo se sostiene en una colonización del ser y del poder, pero también del saber⁽²³⁾, y donde el humanismo que sostiene la Enfermería se concibe subordinado al modelo biomédico hegemónico que sostiene la medicina⁽²⁴⁾.

Con lo anterior, podemos dar cuenta además, que los dispositivos de poder y opresión no sólo atraviesan los cuerpos sexuados y generizados como hombres y mujeres, también lo hacen con las subjetividades que sostienen el actuar profesional, lo que conlleva a que como enfermeras encarnemos una doble condición de opresión. Primero como mujeres, y luego como profesionales de una carrera contemplada por su carácter feminizado como subordinada. Esto explica en gran parte el recurso de indefensión que anteponen en las situaciones de conflicto con el equipo médico, un recurso que no es natural, sino socialmente e institucionalmente aprendido⁽²⁰⁾, donde la falta de acceso a la justicia cuando se denuncia la violencia, instala con éxito en su imaginario la idea de indefensión frente a la impunidad de la que son objeto, o han visto que otras colegas han sido objeto.

La indefensión se coloca como una amenaza individual que resta motivación a la persona para pensar y actuar para ayudarse a sí misma frente a una situación identificada como adversa. Sus alcances son altamente peligrosos para la salud mental, dado que se ha asociado con una tendencia a desarrollar trastornos depresivos y afectaciones serias de la autoestima y del sentido de “ser capaz”⁽²⁵⁾. Además, la indefensión puede generar impactos colectivos en la profesión, repositonándole una y otra vez

como una profesión subordinada y restando oportunidades de transformar este imaginario. Las enfermeras más jóvenes presencian que las más expertas toleran la opresión y esto se traduce en la naturalización de las desigualdades de género dentro del ámbito profesional, una desigualdad sustentada en estereotipos de género.

En lo que respecta a las relaciones de poder/opresión intragénéricas y al interior del gremio, se identificó que, si bien, estas están atravesadas por la condición de género, también lo están por otras determinantes como la edad, la clase y la educación. Con esto, queda más que claro que efectivamente como postulan los feminismos descoloniales, la condición de género no es la única que genera desigualdad, hay otras determinantes que deben ser consideradas y que coexisten al interior del mismo grupo de las mujeres, entre estos podemos citar la raza, la nacionalidad, la subalternidad y la clase social⁽²⁶⁾.

Este estudio da cuenta, como ya lo han señalado otros autores, que son las enfermeras más jóvenes y carentes de experiencia quienes viven mayor opresión dentro del ámbito hospitalario⁽⁸⁾. De igual manera, identificamos que las colegas que no acceden a estudios de especialización son vistas como menos comprometidas con la profesión y la vocación. Aunque no identificamos estudios realizados de forma específica con población de Enfermería, otros estudios han señalado que las mujeres más pobres y con mayores limitaciones para la especialización son más vulnerables al acoso y la discriminación tanto por sus compañeros, como dentro del mercado de trabajo⁽²⁷⁾.

Es necesario analizar la relación perversa entre patriarcado y capitalismo, y sobre como esta conjugación involucra a las mujeres a competir al interior del propio gremio, ignorando e incluso negando la existencia de una serie de desventajas asociadas a nuestro género en el mercado de trabajo. Ignorarlo nos involucra en disputas que refuerzan estas múltiples desventajas, y generan desigualdades que nos dividen y con ello, refuerzan un orden social vigente que nos sigue vulnerando como género⁽²⁸⁾. El sistema patriarcal se filtra en nuestra formación como ciudadanas y profesionistas, y desde una pedagogía sustentada en la crueldad, nos habilita para reproducir y cuidar los intereses de un orden social fundado en patrones sociales jerárquicos que nos clasifican y dividen con base en una serie de condiciones estructurales como el género, la etnia, la clase, la educación, etc⁽²⁹⁾.

Desde lo antes expuesto, damos cuenta que el recurso de la complicidad tiene sentido, aunque no para las enfermeras ni para el gremio, sino para un orden social capitalista, neoliberal y patriarcal. El poder está conformado por un carácter objetivo y otro subjetivo. En su carácter objetivo, el poder se ejerce independiente de la voluntad personal, sostenido por la cultura e instalado en las instituciones. En su carácter subjetivo, depende del funcionamiento de una serie de disposiciones de pensamiento que las personas introyectan durante los procesos de socialización, con la finalidad de que naturalicen y acepten las jerarquías de opresión. La conjunción de ambas condiciones es la que posibilita la permanencia y la aparente inmutabilidad de las relaciones de poder/opresión⁽²⁹⁾.

Como señala la frase “siempre que hay relaciones de dominación-explotación, hay resistencia, hay lucha”⁽²⁹⁾, las resistencias que hemos documentado en esta investigación evidencian como estas relaciones de poder/opresión son visibles

para un grupo de las informantes. Esto es sumamente satisfactorio, pues revela que nuevas disposiciones de pensamiento comienzan a instalarse. Y no sólo eso, sino que además estas disposiciones les permiten plantear estrategias para cambiar el sentido de estas relaciones, lo que se traduce en un proceso de emancipación personal pero también profesional y representan la posibilidad de desarrollar una respuesta contrahegemónica a la mirada colonial y patriarcal que prevalece en las instituciones de salud. Mover los imaginarios que sostienen la colonialidad del ser y el hacer implica la posibilidad de politizar de manera distinta las relaciones que enmarcan el actuar dentro de las instituciones de salud, pensar en nuevas formas de solidaridad como una acción orientada a la superación de la injusticia-desigualdad, dar cuenta de la situación del otro como una condición injusta y actuar para transformar esa realidad⁽³⁰⁾.

Finalmente, sería de gran ayuda incorporar en nuestro actuar profesional, la propuesta de “contrapedagogías del poder”, reaprendiendo a relacionarnos no sólo con lo masculino, sino también y antes que nada entre mujeres. Encontrar nuevas formas de pensarnos y actuar en colectivo, así como impulsando configuraciones decoloniales que posibiliten reconstruirnos como una sociedad más receptiva y creativa, en la que la violencia sea cada vez una práctica menos recurrida⁽²⁹⁾.

CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar desde la perspectiva del feminismo descolonial, las relaciones de poder y opresión profesional que viven enfermeras dentro de la sala de atención de parto en un hospital público del norte de México. Los hallazgos evidencian la existencia diferenciada de relaciones de poder/opresión inter e intragéneras, que se traducen

principalmente en formas de violencia psicológicas y simbólicas. El género se identificó como el condicionante estructural más importante de la opresión, atravesando los cuerpos y las identidades profesionales, en tanto las condiciones que contribuyen al conflicto intragénero son la edad, la expertis y la especialización. Respecto a los recursos para el afrontamiento, se documentaron tres: indefensión, complicidad y resistencia. La existencia de estrategias de resistencia representa una oportunidad coyuntural para intervenir y favorecer la emancipación. Es necesario tener en consideración que, dadas las características de las participantes, hubo categorías interseccionales que no pudieron discutirse en profundidad, tales como la raza. Además, se contó con escasos elementos para discutir el tema de la clase social.

Es deseable impulsar estrategias desde las escuelas de educación superior, las universidades y los sindicatos que promuevan el acompañamiento colectivo y gremial para encauzar la emancipación personal y profesional de las colegas dentro de los espacios institucionales.

Las universidades deben actualizarse no solo en materia de contenidos. Es necesario plantear también una nueva posición epistémica y política de los futuros egresados frente a la sociedad, promover paradigmas de pensamiento crítico que posibiliten la autonomía profesional y el desarrollo de agencia para gestionar y acceder a ambientes laborales libres de violencia, que no reproduzcan desde el imaginario sexista desigualdades de género en los salarios ni en la carga de trabajo.

Es necesario también cuestionar el conocimiento colonial que seguimos reproduciendo dentro de las instituciones educativas y aprender a controlar el deseo irrefrenable de jerarquizar un tipo de conocimiento sobre otro. Particularmente, habrá que cuestionar como ciertos conocimientos nos alejan del humanismo que debe permear en el actuar profesional.

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações de poder e opressão vivenciadas por enfermeiras na sala de parto de um hospital no México sob a perspectiva do feminismo decolonial. **Método:** Estudo qualitativo no qual foram entrevistadas 15 enfermeiras selecionadas por amostragem teórica. As entrevistas transcritas na íntegra foram posteriormente submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** A categoria central emergente foi “Relações inter e intragénero de poder/opressão” e as formas psicológica e simbólica de violência foram as mais frequentes. O gênero foi o mais importante determinante estrutural da opressão, atravessando corpos e identidades profissionais. As condições que contribuem para o conflito intragénero são idade, perícia habilidade e especialização. Três recursos de enfrentamento foram documentados: vulnerabilidade, cumplicidade e resistência. **Conclusão:** É necessário desnaturalizar as formas de poder/opressão sustentadas pelas desigualdades de gênero e discutir outras condições que determinam as relações de poder/opressão entre mulheres e colegas. Erradicar a violência intragénero e intergénero é necessário para acessar ambientes de trabalho seguros que promovam a criatividade para o exercício do cuidado.

DESCRITORES

Violência, Violência de Gênero; Violência no trabalho; Enfermagem; Salas de parto; Pesquisa qualitativa; Feminismo.

RESUMEN

Objetivo: Analizar desde la perspectiva del feminismo descolonial, las relaciones de poder y opresión que viven enfermeras dentro de la sala de parto en un hospital de México. **Método:** Estudio cualitativo en el que se entrevistó a 15 enfermeras seleccionadas por muestreo teórico. Las entrevistas transcritas en totalidad fueron sometidas posteriormente a análisis de contenido. **Resultados:** La categoría central emergente fue “Relaciones de poder/opresión inter e intragéneras” y las formas más frecuentes de violencia fueron psicológicas y simbólicas. El género se confirmó como el condicionante estructural más importante de la opresión, atravesando los cuerpos y las identidades profesionales. Las condiciones que contribuyen al conflicto intragénero son la edad, la expertis y la especialización. Se documentaron tres recursos para el afrontamiento: indefensión, complicidad y resistencia. **Conclusión:** Es necesario desnaturalizar las formas de poder/opresión sustentadas en las desigualdades de género, pero también discutir otras condiciones que determinan relaciones de poder/opresión entre mujeres y colegas. Erradicar las violencias intragéneras e intergéneras es necesario para acceder a entornos laborales seguros y que potencien la creatividad para ejercer el cuidado.

DESCRIPTORES

Violencia, Violencia de género; Violencia laboral; Enfermería; Salas de parto; Investigación cualitativa; Feminismo.

REFERENCIAS

1. Lima F. Raça, Interseccionalidade e Violência Corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas. *Cadernos de Género e Diversidade*. 2018;4(2):66-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v4i2.26646>
2. Reynolds N. The year of the nurse and midwife 2020: activating the potential and power of nursing. *Rev Lat Am Enfermagem* 2020;28:e3279. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3279>
3. Herrera C. Marchas y contramarchas en la atención de la violencia contra las mujeres en las instituciones de salud mexicanas. *Estudios Sociológicos* 2013;31:21-37. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/43202532>
4. Fonseca A, Caetano B, Almeida N, Pessoa M, De Andrade F, Pereira ME, et al. Papel da enfermagem na prevenção ao feminicídio. *Research, Society and Development* 2021;10(13):e471101321350. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21350>
5. Ortega J. Una cuestión de entrega: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. *Sociedade e Cultura* 2019;22(1):48-65. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v22i1.57893>
6. Paravic T, Burgos M, Luengo L. Mobbing and associated factors in emergency health care workers. *Index de Enfermería*. 2018;27(4):201-05. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300005
7. Candido D, Teles G, Araujo A, Campos J, Salete N. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde em Debate*. 2017;41(113):618-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711321>
8. Anusiewicz CV, Shirey MR, Patrician PA. Workplace bullying and newly licensed registered nurses: An evolutionary concept analysis. *Workplace Health & Safety*. 2019;67(5):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/2165079919827046>
9. Tsukamoto S, Quina MJ, Cruz L, Perfeito R, Hirata M, Fernández M, Trevisan J. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019;32(4):425-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>
10. Banda CK, Mayers P, Duma S. Violence against nurses in the southern region of Malawi. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:415-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.002>
11. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología* 2014;76(2):167-97. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001
12. Guerrero S, Cid P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015;15(1):129-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>
13. Ribeiro S, Scapin C, Lopes A. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Revista Nursing [Internet]*. 2020 [citado 2021 Jun 30]; 23(264):3930-933. Disponible en: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/264/pg62.pdf>
14. Montanaro A. Una mirada al feminismo decolonial en América Latina. Madrid: Dykinson; 2017.
15. Bitencourt S, Batista C. Female healthcare workers and the Covid-19 pandemic in Brazil: a sociological analysis of healthcare work. *Cien Saude Colet*. 2021;26(3):1013-022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
16. Lugones M. Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de la Discordia*. 2011;6(2):2-8. DOI: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i2.1504>
17. Lázquez G. La etnografía institucional: alternativa metodológica en la investigación educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. 2017;47(2):115-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/270/27052400006/html/>
18. Blumer H, Mugny G. *Psicología social, modelos de interacción Estudio Preliminar y selección de textos: María Galtieri*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina; 1992.
19. Lagarde M. *Cuadernos inacabados. Género y feminismo, desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y horas editorial; 1997. Disponible en: <https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/lagarde-marcela-genero-y-feminismo.pdf>
20. Bourdieu P, Passeron JC. *La Reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Madrid: Editorial Popular; 1996.
21. Fernández MC, Cruz ML, Gayoso M, Rodríguez S. Carga mental en la mujer trabajadora: desigualdad de género y prevalencia. *Med Segur Trab*. 2015;61(238):18-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5298536546X2015000100003&lng=es>
22. Orozco M, Zuluaga Y, Pulido G. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* 2019;18(1):e006. DOI: <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2308>
23. Rodríguez A. La decolonización del conocimiento en las ciencias de la salud: una necesidad urgente que no puede retrasarse. *Enfermería en Costa Rica*. 2016;34(2):82-86. Disponible en: <https://revista.enfermeria.cr/wp-content/uploads/2021/03/La-descolonizacion-del-conocimiento-en-las-ciencias-de-la-salud.pdf>
24. De vita L, Benavidez A. Silencio y conocimiento en Enfermería. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*. 2018;12(12):203-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5535/553557482019/html/>
25. García-Martínez J. Definir la depressió: materialitats endògenes, immaterialitats exògenes. *Debats*. 2021;135(1):31-46. DOI: <https://doi.org/10.28939/iam.debats-135-1.2>
26. Sierra M. Tercer Espacio: Las geografías paradójicas del feminismo y la colonialidad. In: Bidaseca K, Oto A, Obarrio J, Sierra M. *compiladoras. Legados, Genealogías y Memorias Poscoloniales en América Latina: Escrituras fronterizas desde el Sur*. Buenos Aires: Ediciones Godot; 2013. p. 211-228.
27. Fernández E. La teoría de la segmentación del mercado de trabajo: enfoques, situación actual y perspectivas de futuro. *Investigación Económica*. 2010;69(273):115-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fe.01851667p.2010.273.24253>

28. Saffioti H. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Expressão Popular; 2015.
29. Segato R. Contra-pedagogías de la crueldad. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2018.
30. Nayrobis Y, Ruiz A. La comprensión de la solidaridad. Análisis de estudios empíricos. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2015;13(2):609-25. DOI: <https://doi.org/10.11600/1692715x.1324092614>

EDITOR ASOCIADO

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.