

Instituto de Investigaciones Gino Germani
VII Jornadas de Jóvenes Investigadores
6, 7 y 8 de noviembre de 2013

Carolina Edith Lorenzo
Lic. En Trabajo Social, FSOC-UBA
carolinaelorenzo@gmail.com

Eje 8: Feminismos, estudios de género y sexualidades
Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho.

Introducción

En este trabajo se retomarán resultados de una investigación realizada en el marco de la licenciatura de Trabajo Social de la UBA¹. Nos interesa conocer cómo construyen el derecho al parto respetado o humanizado las organizaciones sociales vinculadas a la temática, como alternativa a la práctica medicalizada, desde las perspectivas de derechos humanos y de género.

La metodología empleada fue de tipo no estándar, acorde a las características del problema. Realizamos una selección intencional de las organizaciones a relevar y de los informantes a entrevistar, de acuerdo a criterios centrados en su actividad política en la construcción del derecho. Hicimos entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de los sitios web. Asimismo, tomamos el libro de Mirta Videla, *Maternidad mito y realidad* como fuente teórica y testimonial y artículos periodísticos y una publicación de INSGENAR-CLADEM (2008) como fuente testimonial.

La construcción del derecho a la atención respetuosa o humanizada del parto, conocida genéricamente como “parto humanizado” se da fundamentalmente en torno a la crítica del modelo biomédico de atención de la salud, y en términos más generales, a los procesos de medicalización de la vida.

¹ Se trata del Trabajo de Investigación Final, para obtener el título de grado en la Universidad de Buenos Aires, “*Es un parto. Indagaciones en torno a la construcción de un derecho*”. Tutora Mag. Marina Mattioli.

El cuestionamiento de la medicalización del parto es un proceso del que participan organismos internacionales (como la OMS, la OPS y el CLAP), parte de las organizaciones médicas (en general, las sociedades de perinatología), organizaciones y movimientos sociales ligados al feminismo y al humanismo y organizaciones o agrupaciones de parteras y de usuarias. Destacamos la RELACAHUPAN (Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y el Nacimiento) que articula las acciones de las organizaciones en la región. En Argentina registramos actividad desde los años sesenta, por parte de médicos y psicólogas.

En nuestro país existe una ley que ampara los derechos de los padres y los hijos en el momento del parto y del nacimiento (Ley Nacional 25.929) y que obliga a su cumplimiento en el subsector público de salud, en el de la seguridad social y en el privado. Otras leyes que las organizaciones toman en su trabajo cotidiano para legitimar sus reclamos son la Ley de Derechos del Paciente (N° 26.529) y la Ley Nacional Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (N° 26.485), que tipifica específicamente a la violencia obstétrica. Asimismo toman documentos de los organismos internacionales mencionados, fundamentalmente la guía de cuidados en el parto normal de la OMS de 1996.

Varias entrevistadas manifiestan haber intentado incluir el derecho a la atención respetuosa en el parto en la agenda de organizaciones feministas y haber encontrado franco rechazo. Valeria Fornes y Karina Felitti dan cuenta de los reparos desde el feminismo para con este tema².

En el marco de nuestro abordaje de la cuestión como proceso social (como arena política que se constituye en torno a actores que demandan derechos y actores que tienen intereses que se ven afectados por la demanda), relevamos los sentidos que las organizaciones que militan el derecho a la atención humanizada en el parto ponen en juego en la construcción del derecho.

Violencia obstétrica y control social

La gran denuncia que estructura el cuestionamiento a la atención medicalizada y la demanda de atención respetuosa es la violencia obstétrica. Pensamos en dispositivos de control social para tratar de entender su existencia y poder visualizarla.

² En Felitti, Karina (comp.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, Ediciones Ciccus, 2012

Foucault define los dispositivos de control social como redes compuestas de multiplicidad de elementos, entre los que menciona discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales. Los dispositivos inscriben en el cuerpo de los sujetos “un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos” (García Fanlo, 2011: 1-2)

Adriana Greco (2005) define el proceso de medicalización como el dominio que ejercen el saber y el poder médico sobre aspectos de la vida de los sujetos que antes estaban fuera de su área de incumbencia y que con este movimiento pasan a ser categorizados en términos de salud / enfermedad y de normal / patológico. Estas clasificaciones que produce la medicina en relación a ámbitos que le son ajenos vehiculizan pautas morales, que enmascara detrás de la supuesta neutralidad de las ciencias exactas, y trata los problemas humanos en forma individual, ignorando o minimizando la naturaleza social de los mismos.

En este proceso, los profesionales cumplen un rol fundamental en tanto sus prácticas vehiculizan intereses sociales y pautas morales. Según Basaglia (1972), los técnicos ejercen control social pero no son agentes de ese control: lo ejercen para la reproducción del orden social desigual, son sólo mediadores de una dominación que no les pertenece, aunque obtengan ventajas por ejercerlo. Los denomina técnicos porque evitan cuestionar sus prácticas escindiéndolas de planteos éticos y políticos, pensándolas entonces como naturales, ahistóricas, simples procedimientos apropiados para lo que está socialmente legitimado como “problema”. Así logran solapar, para sí mismos y para los demás, las violencias de sus prácticas: éstas son *necesarias*.

Michelle Sadler caracteriza los mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada del parto:

Homogenización: son prácticas que despojan a las mujeres de sus identidades particulares, asumiendo que por estar en la misma condición todas necesitan la misma atención, sin considerar diferencias identitarias ni socio-culturales, sin requerir su opinión ni su consentimiento y requiriendo el acatamiento pasivo de las indicaciones del personal de salud.

Patologización: se trata a la parturienta como una mujer enferma, poniendo el énfasis en los posibles riesgos y no en su salud. Se emplea con mujeres que cursan un embarazo normal los mismos procedimientos rutinarios que con mujeres que tuvieron alguna complicación durante el embarazo. Además, los agentes de salud se arrojan el saber sobre la salud y los procesos corporales de la embarazada, despojándola de su propio conocimiento de su cuerpo y de sus sensaciones y basándose en las mediciones de aparatos y análisis.

Fragmentación: Al concebir la enfermedad como una alteración del organismo que se traduce en síntomas físicos, se fragmenta a la mujer al contemplar la evolución de sus procesos físicos y fisiológicos aislados de los factores emocionales, ambientales, culturales y sociales.

Naturalización: Se trata a la mujer como más próxima a la naturaleza que a la cultura, concibiéndola como falta de racionalidad. Así, se las infantiliza, se las reta, se les brindan explicaciones muy simples y hasta engañosas, no se les brinda información si no la piden.

Contaminación: es el mecanismo mediante el cual se le recuerda todo el tiempo a la mujer que ella no pertenece al sistema médico y si no sigue las pautas que se le ordenan puede interferir en la eficacia de la actuación de los profesionales. Con este pretexto se le impide tomar contacto visual y táctil sobre partes de su propio cuerpo.

Culpabilización: Los anteriores mecanismos dan lugar a que las mujeres puedan ser responsabilizadas por las dificultades que puedan producirse durante el parto. Como consecuencia, el relato posterior de las mujeres invisibiliza su percepción subjetiva y habla desde la normatividad médica.

Una pregunta que se reitera en torno a la violencia obstétrica es ¿por qué el personal de salud no siente que está maltratando a las personas? Quizás por la misma razón por la que muchas mujeres (y sus familias) no se sienten violentadas, o sienten un malestar que no saben a qué atribuir ni en consecuencia cómo expresar. Sadler sostiene que es por la efectividad de la violencia simbólica: una violencia que resulta invisible porque es mostrada por el discurso hegemónico como “necesaria” para “ayudar” a la persona. El resultado es que la persona siente obligada a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y si no lo hace, se intensifica la violencia (retos, amenazas, retaceo de insumos para calmar el dolor, retraso en la atención)

y se siente culpable por la violencia recibida. La violencia deviene simbólica por efecto de los dispositivos de control social.

Para explicar a quienes la ejercen, Franco Basaglia sostiene que los profesionales tienen un mandato “invisible”, del que no son conscientes, que es enmascarar la violencia propia de una sociedad desigual. Los profesionales ejercen una violencia que está legitimada en un saber técnico-científico y en una relación donde el saber se pone siempre en la ciencia, desestimando la agencia de los sujetos asistidos. De esta manera, los profesionales cosifican a las personas con las que trabajan, colocándolas en un lugar pasivo, de mera obediencia.

Devenidos sujetos en el paso por los dispositivos de control social, ni profesionales ni personas asistidas tienen, a priori, razones para cuestionar estas prácticas. Pero la capacidad de reflexión no queda atrapada en estas conformaciones subjetivas y los espacios de encuentro propician construcciones como las que intentamos relevar en este trabajo.

El origen del control social sobre el cuerpo de las mujeres

Las autoras consultadas coinciden en remontar los orígenes del control social sobre el cuerpo de las mujeres a la Edad Media. En el período de la crisis del medioevo (siglos XIV al XVII) la Iglesia, para sostener su legitimidad y en alianza con las clases dominantes, promovió lo que se conoce como Caza de Brujas. Esta estrategia apuntaba a responsabilizar de la miseria y los problemas sociales a un sector de la población acusado de alianzas con el demonio, representado por las mujeres que sabían curar y atender partos y abortos. De esta manera, además, se expulsaba a las mujeres de las áreas del saber, que serían ocupadas por varones cristianos, dando origen a los procesos previos a la medicina occidental. Para el siglo XVIII, finalmente la Medicina terminó de anexar a su territorio la práctica de la partería, logrando leyes que penalizaban su ejercicio para quienes no ejercieran legalmente la medicina.

Ésta, ciencia hecha por varones para el ejercicio de varones (las mujeres estaban excluidas de la educación), estudió al cuerpo masculino como modelo, considerando el cuerpo femenino como una versión degradada. Mirta Videla (2010), en *Maternidad Mito y realidad* releva algunas construcciones simbólicas de la medicina sobre el cuerpo femenino, y nuestras entrevistadas toman este hecho histórico en sus discursos, para demostrar que el conocimiento científico no es neutro sino que está orientado por intereses y que ellas legítimamente pueden

orientarlo en función de sus derechos de humanas. Por eso a los médicos le dan disputa en su propio ámbito, rescatando los resultados de la medicina basada en la evidencia. Y rescatando de la historia el hecho de que los partos los atendían mujeres de las clases populares y que los médicos debieron dar una lucha importante para adueñarse de ese territorio.

Historia de la medicalización del parto y del mito mujer = madre

La Medicina asociada a intereses de los Estados-Nación sobre la población, se consolidó como saber legítimo y excluyente sobre el parto, desplazando con medios legales y punitivos a las parteras y comadronas. Jacques Donzelot (1977) y Marcela Nari (2004) reseñan su rol en la constitución de lo que Ana María Fernández (1993) denominó el mito mujer=madre.

En el siglo XVIII en Europa, y desde fines del siglo XIX a mediados del siglo XX en Argentina se consolidó el mito mujer=madre y con él, el reparto desigual de deberes y derechos entre varones y mujeres, asentado en la diferencia anatómica, explicada como imperfección de la naturaleza femenina. Bajo esta configuración, una mujer “normal” era madre y ocupaba, al interior de la familia, un lugar subordinado a su marido: tutelado y dependiente. Con reservas de poder/saber ligadas a las labores de cuidado. De manera que la maternidad era “naturalmente” atributo de las mujeres. Pero, a la vez, no les pertenecía el conocimiento de las normas de la “buena maternidad”, que las dictaban los médicos y el Estado. La maternidad queda entonces vacía, es un mero contenedor de imposiciones externas.

En este marco, se consolida la puericultura como disciplina médica, con el objetivo de educar a las madres para que contribuyan a los objetivos del orden social (disminuir la mortalidad infantil, el abandono de niños, el infanticidio y el aborto). Y se institucionaliza el parto. La mujer importa en función del niño y la familia.

Esto se reactualiza a la luz de la militancia por el parto humanizado. Por un lado, los discursos de estas organizaciones reivindican la maternidad como derecho y elección y enfatizan en la confianza en sí mismas, en su “naturaleza”, en su saber “instintivo”, asociado a su corporalidad, en detrimento de las recetas y las prescripciones de discursos de una ciencia que perciben patriarcal. Son discursos que rompen, en este sentido, con las prescripciones. Se construyen en foros de internet y en grupos de embarazadas y de crianza, compartiendo

experiencias y reflexionando en conjunto. En este contexto se inscribe la reivindicación de la lactancia materna, considerada un empoderamiento de las mujeres en tanto en su momento fue reemplazada con argumentos que se presentaban como científicos pero que escondían motivos económicos e ideológicos. Pero también generan la duda de si no inaugurarán nuevas prescripciones.

Relación médico-paciente

Las organizaciones que militan por el derecho al parto humanizado impugnan la relación médico-paciente del modelo médico hegemónico. Éste supone el saber en el médico, y el paciente tiene que cumplir con las prescripciones que éste le haga. Así, las mujeres llegan al momento del parto con muy poca información acerca de sus posibilidades “pero tampoco tienen mucho espacio para expresar qué quieren y qué no quieren (...) Entonces, si tienen que parir acostadas, no tienen mucho margen para poder cuestionar eso, si tienen que recibir un goteo con oxitocina para acelerar el parto tampoco tienen mucha información de por qué hay que acelerar o no un parto” (entrevista con referente de Dando a Luz).

Y ese desconocimiento está socialmente construido. Tanto es así que muchos profesionales de la salud se molestan ante las preguntas de las personas que se atienden: “...La mayoría tienen una consulta muy acotada y no dan espacio a las preguntas. Las preguntas que se hacen en la consulta, son casi sacadas como a jirones” (entrevista con referente de Tobi Natal). Por su parte, Mirta Videla recoge en su libro una situación recurrente que ilustra el lugar asignado a médico y a paciente: “...médico y partera parecen estar jugando un partido de truco contra la mujer; se hacen señas, hablan a medias palabras, con el temor de que la paciente se de cuenta...” (Videla, 2010:139).

Esto tiene su contraparte en que debido a esa construcción como paciente que supone desconocimiento de los propios procesos, muchas veces las mujeres no saben “ni qué preguntar” (referente de Tobi Natal). No piensan siquiera la posibilidad de alternativas ni para el parto ni para la atención que reciben en las consultas. En relación a esto la demanda de las organizaciones es de información y honestidad: se pide que cada profesional o equipo exprese lo que piensa y cómo trabaja para que la pareja pueda decidir si quiere atenderse de esa manera o no. La experiencia testimoniada es que los profesionales mienten y omiten

información, aún cuando ésta es expresamente requerida por la pareja. “... ante alguna pregunta acerca de si él, por ejemplo, realiza la episiotomía en forma rutinaria, o cómo es con la anestesia, o si va a poder elegir la posición para parir, responden: 'bueno, eso ya lo vamos a hablar más adelante', o 'todo se hará en función de lo que haga falta hacer' 'se va a resolver en el momento según lo que sea necesario’” (entrevista a referente de Tobi Natal) Y esto desde las organizaciones no se evalúa como actitudes personales de los profesionales sino como una actuación sistemática que encuentra justificación en la ideología médica.

Otro punto que se le cuestiona a la atención médica es el trato deshumanizado y mecánico: “Con una consulta cortísima, de diez o quince minutos, en la cual le hacen las rutinas, las pesan, les dan una orden para una ecografía, prácticamente no las miran a la cara, hay toda una cosa muy mecanizada, y cuando les quieren preguntar sobre el parto, les dicen: 'ya lo vas a hablar en el curso de parto, cuando veas a la partera los últimos meses’” (entrevista a referente de Tobi Natal).

En este modelo de atención basado exclusivamente en lo biológico, la expresión de dolor, de angustia, quedan fuera de lugar. No son contemplados ni se consideran parte del proceso. “El dolor más fuerte de una parturienta es el generado por estar entre un proceso temido y desconocido, absolutamente alejada de sus seres queridos, lo que produce el más profundo sentimiento de soledad y desamparo” (Videla, 2010:123). Sumado a esto la atención del equipo de salud, que suele incluir el lenguaje denigratorio, los retos y los castigos, como si las manifestaciones de dolor fueran un capricho para molestar a los profesionales.

También queda fuera de lugar el placer. Las organizaciones relevadas reivindican el parto como un acto sexual, donde a pesar del dolor la mujer puede sentir placer, y reivindican el derecho de ésta a estar con su pareja en intimidad durante el trabajo de parto. Y utilizan una serie de argumentos sobre el funcionamiento de la fisiología humana y el rol del placer como facilitador de segregación de hormonas favorecedoras del trabajo de parto. Aquí hay un punto de enlace con el feminismo, al diferenciar los derechos sexuales de los reproductivos y hacer valer a cada uno por lo que es: las mujeres (y nuestras parejas) tenemos derecho a gozar de nuestra sexualidad (incluso en el momento de parto, suman las organizaciones relevadas) y tenemos derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir. En el cómo ellas incluyen el cuándo: que los médicos no apuren el parto si no es necesario y si la pareja no lo desea

(muchas veces el apuro se saltea incluso la inducción: bajo mentiras se programa una cesárea).

Como ya mencionamos, según la mirada biomédica los aspectos emocionales, sociales y culturales no forman parte del proceso de salud-enfermedad. De manera que si son afectados en el marco de la atención médica, se puede solucionar realizando una derivación que repare los “daños colaterales”³ de la intervención: “...se ve al ser humano como una máquina que tiene un problema, y bueno, hay que solucionar ese problema ya, no importa las consecuencias (...) Después, si tiene algún problema, si está mal, lo derivamos a otro profesional: un psicólogo, un asistente social que se pueda encargar de eso.” (referente de Centro de Estudiantes de Obstetricia).

Las críticas de las organizaciones relevadas, entonces, respecto a la relación médico-paciente, son que supone el conocimiento en el profesional; reduce a la persona a un organismo enfermo; concentra las decisiones sobre la salud del usuario en el profesional; concibe los aspectos emocionales, sociales y culturales como ajenos al proceso de salud-enfermedad; sobrevalora la técnica por sobre la evaluación integral de las necesidades de los usuarios y vehiculiza representaciones de género que ponen a la mujer en un lugar de subordinación que suplementa la de su lugar de paciente.

Como vemos, la relación médico-paciente aparece como un tópico central en el discurso de las organizaciones relevadas. En el caso de las mujeres, este conocimiento que se arrojan los profesionales de la salud tiene que ver con las representaciones de género que asocian a la mujer con la madre y con pautas morales de qué es una buena madre, desconociendo la autonomía de las mujeres y su derecho sobre sus propios cuerpos.

Así, el avasallamiento de los tiempos de cada mujer en relación a su cuerpo, tiempos que están en relación a la manera en que la mujer vivencia su proceso de embarazo y parto en relación a su historia personal y con su entorno social y afectivo. Esto incluye la aceleración artificial del parto, justificada por criterios de eficiencia y celeridad de las instituciones y los

³ Uso esta expresión en alusión a la frase de George W. Bush acerca de los crímenes cometidos en la invasión a Irak, por considerarla paradigmática de una de las racionalidades que justifican la desigualdad social en Occidente.

equipos profesionales, no son resultado de una elección de la mujer y su entorno, reflexionada durante el embarazo, con tiempo.

También se considera la episiotomía de rutina una práctica mutilante, puesto que no obedece a criterios médicos y afecta la vida sexual de la mujer. Imponer la posición acostada para parir, negando libertad de movimientos. El rasurado perineal y la enema, en tanto prácticas innecesarias y que refuerzan el sentido de que la mujer está ahí como objeto de una práctica médica y no como sujeto de deseo y de derechos. Atar a la mujer a la camilla, para que “se porte bien”. No permitirle compañía durante el trabajo de parto, porque “el espacio físico no da”, pero que redunde en que el parto quede atrapado en el sentido de la enfermedad y no se reconozca como un fenómeno social, al interior de la institución médica. La aplicación de oxitocina de rutina, y cuando la mujer manifiesta no quererla, suministrársela bajo la mentira de que es suero. El manejo discrecional de la anestesia peridural, en casos usada como “premio” para que la mujer se aguante el dolor sin gritar, y en otros, colocada bajo mentiras y amenazas aún a mujeres que no la quieren, viciando o directamente violando su consentimiento. La infantilización (dirigirse a la mujer con diminutivos y retos). La maniobra de kristeller (colocarse encima de la panza de la mujer y presionar con fuerza hacia abajo, para apurar la salida del bebé). La rotura artificial y rutinaria de la bolsa. La colocación del monitoreo fetal electrónico, que inmoviliza a la mujer, aunque los protocolos del Ministerio de Salud lo desaconsejan porque es muy sensible y da falsos positivos.

Por último, las organizaciones relevadas mencionan las actitudes paternalistas de los profesionales de la salud respecto a las mujeres. En los testimonios que aparecen en la bibliografía consultada y en las entrevistas realizadas, el paternalismo se asocia con la infantilización de la mujer, con mentirle, con desestimar sus opiniones, sus conocimientos y su proyecto de parto, y con resistir cualquier cuestionamiento que ésta pueda realizar.

Todos estos constituyen mecanismos de producción y reproducción de una subjetividad femenina subordinada, además de vulneraciones a los derechos de las humanas. Una de nuestras entrevistadas enfatizaba que no es una subjetividad que se construye en la relación médico-paciente, sino que son prácticas que no hacen más que reproducir relaciones que en el contexto social general son hegemónicas, y uno de cuyos requisitos es el desconocimiento del propio cuerpo: “Yo hablaba recién de que el incremento de las cesáreas tiene que ver con que

la mujer también, cómplicemente, acepte. Pero ¿por qué acepta? Por miedo al parto, porque hay una desconexión de su cuerpo y de su sexualidad, desde el inicio de la educación sexual femenina, donde las mujeres tenemos que estar disponibles para darle placer a otro” (entrevista con referente de Tobi Natal).

Al reproducir en la práctica de los agentes de salud el estereotipo mujer=madre, la misión implícita es reproducir, en la atención sanitaria, la desigualdad entre varones y mujeres. Esta desvalorización que se hace de la mujer en las prácticas consignadas, contribuyen a sostener y reforzar una imagen de sí mismas que las retenga en el lugar que la sociedad les reservó.

La cuestión de género

Siguiendo a Grimberg, consideramos que el género es una construcción histórica y social en torno a las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres, moldeando las relaciones entre ambos y las prácticas socialmente aceptadas y, por el contrario, reprobadas para cada género. En ese marco los sujetos nos socializamos y adquirimos identificaciones de género que nos incluyen en la sociedad. Pero también ejercemos resistencias, tanto en las conductas individuales como en las acciones colectivas, que dan cuenta de que las representaciones de género forman parte de relaciones de poder.

Vimos ya en el apartado anterior cómo se juega la cuestión de género en la relación de la mujer embarazada con su médico. Pero las organizaciones relevadas amplían los reclamos de respeto en la atención durante el embarazo y en el momento del parto al padre del bebé, incluyéndolo en el proceso, que desde los discursos hegemónicos siempre lo excluyeron por considerar al embarazo, el parto y la crianza como “cosas de mujeres”. De esta manera amplían su reflexión en torno a las desigualdades entre varones y mujeres, dando cuenta del carácter relacional de las representaciones.

Estas organizaciones parten de pensar otro modelo de pareja, donde el proyecto de familia rompe con las funciones asignadas tradicionalmente a varones y a mujeres, intentando democratizar funciones, afectos, proyectos, emociones. El varón, que antes era dejado al margen en la atención sanitaria del embarazo y el parto, reclama su lugar junto a la mujer y el respeto a su dignidad junto a ella en la atención sanitaria. No es el hombre que clama

paternalmente por el trato respetuoso hacia su mujer. Es el que reclama, junto a ella, por un trato digno para ambos, porque se siente tan vulnerado como ella y tan parte del embarazo y del parto como ella.

El embarazo y el parto no son cosa de mujeres, y eso va en camino de las reivindicaciones históricas por la democratización al interior de la familia: compartir decisiones y labores domésticas y de cuidado. Los varones que participan de este movimiento se piensan diferentes a los estereotipos tradicionales de género y lo viven como actos de resistencia y de liberación, no como favores a las mujeres. Reivindican su derecho a compartir el trabajo de parto con su pareja y a conectarse emocionalmente con el nacimiento de su hijo. Y a participar de la crianza, pensando nuevas formas de crianza más democráticas, no asentadas en la obediencia a la autoridad sino en el desarrollo de la autonomía.

Mirta Videla en su libro registra las ansiedades que asaltan durante el embarazo al padre enmarcado en los roles tradicionales de género y en una atención sanitaria que lo deja de lado por considerar que la que importa es la mujer, en tanto contenedor biológico del bebé. Nosotras leemos esos padecimientos subjetivos como resultantes de los dispositivos de control social que constituyen los discursos de género, las prácticas médicas asociadas al modelo biomédico, los discursos tradicionales sobre la familia, las reglamentaciones institucionales de las clínicas y sanatorios, la arquitectura de las salas donde realizan el trabajo de parto, la de la sala de partos, etc.

Hoy esos mecanismos de control social están siendo cuestionados y en algunos aspectos hasta hay reglamentos, protocolos, leyes, investigaciones científicas, recomendaciones de organismos internacionales, que avalan su cuestionamiento. Pero aún no es, en nuestro país y en relación a la atención en el embarazo y el parto, un problema legítimo a nivel social. Aunque ya hay instituciones públicas que lo toman como problema que merece ser atendido, y muchas instituciones privadas dan cuenta, en términos de mercado, de que adquirió cierta relevancia en nuestra sociedad.

Vemos que la medicalización del parto es más que la intrusión de la técnica en los procesos fisiológicos de la mujer. Es la expresión e instrumento de procesos de desigualdad social más generales. Y si hablamos de género, vale retomar la demanda por los derechos sexuales y por

los derechos reproductivos de las mujeres. Creemos que la lucha por la atención respetuosa en el parto se relaciona directamente con ellas, porque reivindica el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, porque jerarquiza su propio conocimiento sobre sus procesos corporales y emocionales para tomar decisiones sobre su atención y porque defiende la posibilidad de gozar junto a su pareja de ese momento en intimidad y como un proceso compartido, donde la pareja tiene un rol activo junto a ella.

De esta manera, además, se corre a la mujer del lugar pasivo de contenedor biológico, construyendo el parto como un acontecimiento social, que puede ser de pareja o familiar o propio con acompañamiento de un referente afectivo importante sin ser familiar, dependiendo de las circunstancias que atraviesa la mujer.

Las organizaciones relevadas reivindican la presencia de erotismo en el embarazo y en el parto. De manera que el reclamo por un ambiente íntimo y por la posibilidad de manejar el dolor con la colaboración amorosa de la pareja, que implique abrazos, caricias, besos, elección de música, duchas, masajes, estrategias de apoyo emocional propias de la pareja, creemos que deben leerse como reivindicaciones serias y no minimizarse diciendo que es una moda de mujeres con poder adquisitivo, como sostienen algunos referentes sociales. Son derechos sexuales y lidian con los dispositivos de control social que encierran el placer en un marco estrecho y normado. Y son derechos reivindicables para todas las mujeres.

Carlos Burgo (2004: 108) cuenta cómo se desexualiza a la mujer en la atención medicalizada, sometiéndola a una serie de rutinas (rasurado y enema para esterilizar el pedazo de su cuerpo sobre el que van a trabajar) que conforman a la mujer en ese momento y en ese lugar como objeto de trabajo de los profesionales de la salud y no como sujeta sexual.

Casilda Rodríguez Bustos sostiene que las contracciones dolorosas, en el parto como en la menstruación, se deben a la atrofia de los músculos uterinos, y que ésta está directamente relacionada con el propio desconocimiento de nuestra sexualidad y con la vivencia culposa del ejercicio placentero y autónomo de la misma, que se expresa en la amplia difusión de discursos que generan temor, como el del dolor en el parto. De manera que la defensa del derecho al placer sexual, en casa como en las instituciones sanitarias, es una lucha política. Y la demanda por la atención respetuosa en el parto la inscribe en el derecho a la salud.

Los modelos de familia

Catalina Wainerman sostiene que el núcleo ideacional que sostenía los roles tradicionales de género y la definición de familia asociada a ellos comienza lentamente a resquebrajarse en nuestro país entre las décadas de 1950 y 1960, pero que en esferas como la escuela primaria permaneció inmutable hasta fines de la década de 1970 y comienzos de los años 80. Y sostiene que las modificaciones en este núcleo ideacional se deben a cambios fundamentales en la sociedad (crisis que llevaron a la mujer a trabajar fuera del hogar ya con carácter de permanencia y no sólo en épocas difíciles, aportando igual o mayor ingreso que su pareja, y en muchos casos quedando como jefa de hogar directamente) y a que el movimiento de mujeres logró, a nivel nacional e internacional, crear agenda, llamar la atención sobre sus demandas.

Una de las demandas de las organizaciones relevadas es por el reconocimiento y el apoyo social de las tareas de cuidado compartidas por mujeres y varones. De la mano de estas organizaciones aparece como el derecho de los varones a involucrarse en la cotidianidad de la vida familiar, generando vínculos diferentes con sus hijos, y el derecho de las mujeres a no cargar exclusivamente con esas tareas. En este sentido, reclaman la extensión de las licencias posnatales para ambos cónyuges, y piensan un puerperio compartido, que favorezca el vínculo temprano de ambos con el bebé. Esto se complementa (y sería interesante que pudiera articularse) con las demandas tradicionales del feminismo por guarderías y jardines públicos y reestructuraciones en el mercado de trabajo.

Esencialismos

Pese a la claridad que expresan la mayoría de las entrevistadas acerca de que se trata de vulneraciones de derechos de las mujeres en tanto mujeres, los discursos no dejan de hacer hincapié en que también es vulneración de derechos para los bebés. Y este es un punto que en algunas organizaciones y referentes se destaca más, lo que genera recelos por parte de las feministas, o de algunas corrientes del feminismo.

Es verdad, hay discursos que ponen más énfasis en el bienestar del bebé que en el de la madre. Y el padre, en algunos discursos, queda aún más desvanecido todavía. La referente de Tobi Natal refiere que vio la necesidad estratégica de mencionar las consecuencias para el

bebé a las mujeres que se acercan a la institución porque “...no tienen ese concepto todavía de que es su cuerpo y no tiene que ser violentado”. Entonces, si no reclaman una atención diferente por ellas mismas, que lo hagan por sus hijos. Lo piensa como un primer paso que permite una apertura a la reflexión, al cuestionamiento de lo instituido, sin salir todavía de la idealización de la maternidad pero proponiéndose intervenir sin violentar las convicciones de las mujeres que se acercan, respetando sus tiempos y sus procesos.

Pero ciertamente queda la duda de si en todos los actores es una decisión estratégica de presentar el problema a las mujeres como puerta de entrada para la reflexión. Como sea, es un punto que permite articular con algunos agentes de ciertos sectores que parecerían impensados para lograr algunos cambios (Iglesia, algunas especialidades médicas), y es un punto de riesgo de banalización de la lucha diluyendo la cuestión de los derechos (en tanto los privados la aprovechan en términos de nuevo nicho en el mercado). En este punto vale recordar que lo que nosotras recortamos para analizar como un todo homogéneo (nuestra muestra la elegimos bajo el criterio de la acción en la lucha por los derechos de las humanas), en realidad presenta actores heterogéneos que nosotras no relevamos.

Asimismo, en algunos actores los argumentos que aparecen con mayor frecuencia son los de la medicina basada en la evidencia. La estrategia de las organizaciones parece estar centrada en discutirles a los médicos en su propio terreno, manifestando el desconocimiento de los tiempos de la fisiología humana y su relación con las emociones, y resignificando el parto respetado como “parto fisiológicamente respetado”. En esta definición, la violencia hacia la mujer lo es en tanto el personal de salud desconoce el funcionamiento del cuerpo y la fisiología de las mujeres. Aquí es donde se puede encontrar una zona blanda, que puede derivar en una perspectiva de derechos amplia, o por el contrario, generar un cierre en torno a la esencialización de la naturaleza femenina.

Conclusiones

Lo que aquí denominamos movimiento por el parto humanizado no es algo homogéneo. Nosotras mismas, para poder relevar ciertas características que respondan al proceso social y político de construcción de un derecho, hicimos un recorte importante.

Los resultados que presentamos en este artículo son una parte de nuestras indagaciones y reflexiones en torno al tema y nos parece relevante porque nos permite pensar qué tenemos las ciencias sociales para aportar a este proceso en función de la identificación de las apuestas políticas que nos parecen relevantes para sostenerlo y ganar legitimidad.

En este sentido, identificamos la cuestión de género y la perspectiva de derechos como aspectos importantes a sistematizar en relación a la atención medicalizada. Como mencionamos, visualizamos zonas blandas en los discursos de las organizaciones que pueden derivar en visiones esencialistas y restrictivas de la maternidad y de los derechos asociados a ella en la atención del parto. O en visiones amplias que la definan desde lo social, incluyendo lo biológico como una dimensión, que no puede considerarse neutral sino atravesada por sentidos e intereses de actores concretos que lo convierten en un componente más, entre otros, de modelos explicativos que tienen consecuencias concretas en el reconocimiento de derechos de las personas y en el acceso a los bienes sociales.

En este sentido, la demanda por el derecho a la atención respetuosa en el parto se puede pensar como derecho sexual; derecho reproductivo; derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; derecho a la igualdad entre los géneros; derecho a la salud de la mujer, su pareja y el niño; derecho de las mujeres sobre sus cuerpos; derecho a la autonomía personal; derecho a un trato digno y respetuoso; derecho a formas más democráticas de relación y colaboración en el ámbito doméstico⁴; derecho a que se regule el mercado laboral en función de responsabilidades parentales compartidas entre ambos miembros de la pareja; derecho a acceder a guarderías y jardines públicos; derecho a una atención sanitaria respetuosa de los tiempos biológicos/fisiológicos, emocionales y culturales, entre otros.

Considerando el derecho al parto humanizado como un espacio de disputa de sentidos por parte de actores con diferentes intereses y cuotas de poder, nuestro trabajo resulta más que acotado, por su carácter unilateral.

⁴ Nosotras pensamos que el maltrato y/o la falta de contención emocional de la mujer en el embarazo y el parto se corresponde con una representación de la maternidad ligada al sacrificio, por eso incluimos entre los sentidos del derecho al parto humanizado el de las labores domésticas y de cuidado. No lo pensamos como determinante, sino como uno más de los mecanismos de subjetivación subordinada que es necesario desandar en este camino.

De todas maneras nos permitimos mencionar que a nuestro entender el Estado, por lo pronto, ya está dando indicios de resistencias a tomar la cuestión como un derecho. Si bien el movimiento logró la sanción de la Ley Nacional 25929 en el año 2004, aún no está reglamentada, lo cual habla de falta de voluntad política o de un veto encubierto, puesto que si bien debe cumplirse, se puede poner en cuestión el alcance concreto de cada artículo y no están fijadas las penalidades por su incumplimiento. Algunas organizaciones pidieron expresamente colaborar en la redacción de la reglamentación en reiteradas oportunidades y no tuvieron respuesta.

Asimismo, se viene presentando en el Congreso un proyecto de modificación de la ley de ejercicio profesional de la obstetricia que por primera vez restringe el ámbito legal de actuación a instituciones sanitarias. También el Estado promueve en los papeles un modelo institucional para las maternidades que contempla varias cuestiones demandadas por las organizaciones, pero no lo concreta en los hechos. Y manifiesta preocupación por la mortalidad y la morbilidad maternas pero no acciona en torno al aborto, no logra viabilizar la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y sigue defendiendo en los hechos las prácticas medicalizadas responsables en gran medida de procesos de morbilidad en las parturientas. Su alianza parece estar con la corporación médica.

Esperamos haber podido relevar elementos suficientes para dar cuenta de que este proceso social está contribuyendo a la construcción de un derecho. Queremos destacar que en nuestro país desde los años 60 se viene trabajando en este tema, incluso desde académicas feministas. Y que más allá de que la Ley 25929 es fruto de este proceso, creemos que el mismo no se encuentra saldado y todavía falta para que obtenga legitimidad social. Pero consideramos que es una apuesta interesante y necesaria.

Bibliografía

Basaglia, Franco (1972): *La Institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barral Editores.

Bruni, Zappoli, Ortega, Mónaco, Zurita, Forno, Ameijeiras, Ghigliazza, Rodríguez y Rabinovich (2008): *Salud comunitaria, uniendo las puntas de un mismo lazo*. Ponencia

presentada en el XXIII Congreso Nacional de Medicina General y el X Congreso Internacional de Medicina General. Disponible en Internet: www.sommer.gov.ar

Burgo, Carlos (2004): *Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*. Buenos Aires. Ed. Longseller, 1ª edición.

CEDES (2004): *Para que cada muerte materna importe*. Disponible en Internet

Checa, Susana (1996): *Uso Y Gestión De Los Servicios De Salud Pública En La Atención Del Embarazo Y Regulación De La Fecundidad*, en: Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, N° 1. Disponible en Internet: www.sarda.org.ar

Cogliandro, Gisell (2010): *Las madres y las políticas sociales: Análisis del Programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social*. En: Boletín de la Maternidad, N°8, febrero de 2010. Editado por el Observatorio de la Maternidad, págs. 17 a 19. Disponible en Internet: www.o-maternidad.org.ar

CTA: Declaración sobre políticas de género. Plenario Nacional de la CTA, 30 de Septiembre de 2011. Disponible en Internet: www.cta.org.ar

Donzelot, Jacques (1977): *La Policía de las Familias*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2008

Felitti, Karina (2009): *Parirás sin dolor: discursos y experiencias de la psicoprofilaxis obstétrica en la Argentina de los años '60 y '70*. Ponencia presentada en las Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, julio de 2009. Disponible en Internet: webiigg.sociales.uba.ar

Felitti, Karina (2011): *Nuevas formas de atención del parto en la argentina de los años sesenta y setenta: debates y experiencias*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Disponible en Internet: www.oei.es

Fernández, Ana María (1993): *La Mujer de la Ilusión. Pactos y Contratos Entre Hombres Y Mujeres*. Buenos Aires, Paidós

Fornes, Valeria (2011): *Parirás con poder... (pero en tu casa) El parto domiciliario como experiencia política contemporánea*. En: Felitti, Karina (coord.) (2011): *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Ed. Ciccus, Buenos Aires.

García Fanlo, Luis (2011): *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. En: A Parte Rei, Revista de Filosofía. Marzo de 2011. Disponible en Internet: serbal.pntic.mec.es

Giberti, Eva (1992): *Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicósomáticos*. En: Giberti y Fernández (comp.): *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1992, 2a. edición

Grassi, Estela (2004): *Problemas De La Teoría, Problemas De La Política. Necesidades Sociales Y Estrategias De Política Social*. En: *Laboratorio/ On line Revista de Estudios Sobre Cambio Social* año IV, número16. Verano 2004. Disponible en Internet: www.laboratorio.sociales.uba.ar

Grassi, Estela (sin fecha): *Cuestión social, cuestión de Estado: lo político de la política social*. Disponible en Internet: cdi.mecon.gov.ar

Greco, Adriana (2010): *Las voces acalladas en la Maternidad*. CEDES-FLACSO, Buenos Aires, 2010

Grieco, Alberto (2008): *Parir Y Nacer En El Año 2008, ¿Hacia Donde Vamos?* en: *MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL* - ISSN 1669-7782 Año 28 , Nº 2 - 2008, disponible en Internet: www.medicinaysociedad.org.ar

Grimberg, Mabel (2003): *Géneros y Salud*. Exposición realizada en el II Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos, organizado por la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. Disponible en Internet: www.panuelosenrebeldia.com.ar

INSGENAR y CLADEM (2008): *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Disponible en Internet: www.cladem.org

Jelin, Elizabeth (1998): *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, FCE, 2º reimpresión, 2004

Larguía, González, Solana, Basualdo, Di Pietrantonio, Bianculli y Esandi (2011): *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF]. Conceptualización e implementación del modelo*. UNICEF. Auspiciado por: Ministerio de Salud de la Nación, Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina, marzo de 2011. Disponible en Internet: www.sarda.org.ar

Lembo, Marina (s/f): *Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales*. Disponible en Internet: www.fmv-uba.org.ar

Maglio, Francisco (2005): *Determinantes sociales de la salud y la enfermedad*. Disponible en Internet: www.fac.org.ar

Magnone Alemán, Natalia (2010): *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, septiembre de 2010. Disponible en Internet: www.fcs.edu.uy

Marradi, Archenti y Piovani (2007): *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, EMECE

Ministerio de Salud de la Nación (2005): *Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Disponible en Internet: www.msal.gov.ar

Nari, Marcela (2004): *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*. Buenos Aires, 1890-1940. Edit. Biblos, Buenos Aires

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2010): *Hoja Informativa N° 1*. Abril. Disponible en Internet: www.ossyr.org.ar

OMS (1996): *Cuidados En El Parto Normal: Una Guía Práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra. Disponible en Internet: www.who.int/es/

Rodrigañez Bustos, Casilda (2000): *Tender la urdimbre. El parto es una cuestión de poder*. Ponencia realizada en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa Jerez, octubre 2000. Disponible en Internet: www.editorialmadreselva.com.ar

Sadler, Michelle (2003): *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad De Chile, Facultad De Ciencias Sociales, Departamento De Antropología. Tutora: Sonia Montecino. Disponible en Internet: es.scribd.com

Schwarz, Patricia (2009): *La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media*, En: *Argumentos. Revista de crítica social*, 11, octubre 2009. Disponible en Internet: www.revistaargumentos.com.ar

Svampa, Maristella (2010): *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires, Editado por Biblioteca Nacional. 1ª edición.

UNICEF Argentina (2001): *Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño*. Disponible en Internet: www.unicef.org

Videla, Mirta (2010): *Maternidad, mito y realidad*. Editorial Koyatun. CABA, 1ª edición (en realidad la primera edición del libro es de 1973. Pero con las sucesivas reediciones fue adquiriendo numerosos aportes que hacen que cada edición se convierta en “primera”, porque las modificaciones son tantas que la obra no refleja el original)

Wagner, Marsden (s/f): *El control activo del parto*. En: *Revista Ob stare. El mundo de la maternidad*. Tenerife, Editorial Ob stare, N° 1, verano de 2001. Disponible en Internet: www.obstare.com

Wainerman, Catalina (2005): *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿una revolución estancada?* Buenos Aires, Editorial Lumiere. 1º edición