



**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**

**-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA-**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**

TÍTULO DE LA TESIS:

*“Parto, cuerpo y poder. Una mirada antropológica a experiencias de parto en Buenos Aires en los últimos 20 años”*

AUTOR/A:

María Elena Ramognini

DIRECTOR/A:

Dra. Alejandra Roca

FECHA:

29 de noviembre de 2024

## **Resumen**

La construcción social del nacimiento, al igual que la de los cuerpos, emerge como un objeto opacado por los imaginarios mecanicistas de la biomedicina moderna. La antropología viene develando el carácter construido que atañe a los cuerpos, los procesos fisiológicos, la diferencia sexual y los géneros. Sin embargo, la fuerza con la que se impone este imaginario, característico de la episteme moderna, vela los procesos de construcción social y las relaciones entre cuerpo, ciencia y poder (Roca, 2019)

La presente investigación tiene como objetivo analizar experiencias en las que la atención normalizada del parto habilita una resignificación del cuerpo, de las gestaciones y nacimientos tanto desde la perspectiva de mujeres como de integrantes de los equipos de salud.

Tanto la etnografía de la reproducción en los años 60 del siglo XX, como las crónicas de viajeros y el clásico de la antropología estructural “La eficacia simbólica” de Lévi-Strauss, demuestran que existen otras experiencias corporales del parto y que en tanto que evento fisiológico no puede ser dissociado de las tramas socioculturales en las que se inscribe. Esta tesis se construyó como una estructura a dos voces. En una de ellas se analiza el debate antropológico y se presentan hallazgos bibliográficos que permiten entender la relación entre la construcción del conocimiento anatómico de la ginecología y la obstetricia en el marco de la episteme moderna, la mecanización de los cuerpos y el control sobre la sexualidad, la reproducción humana y las dinámicas poblacionales. En la otra voz, se recogen experiencias de mujeres y profesionales de la salud.

En relación, a la estrategia metodológica, se utilizó un enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica, centrado en la realización de entrevistas no directivas en profundidad.

## **Resumo**

A construção social do nascimento, tal como a dos corpos, surge como um objeto velado pelos imaginários mecanicistas da biomedicina moderna. A

antropologia vem revelando o caráter construído que diz respeito aos corpos, aos processos fisiológicos, à diferença sexual e aos gêneros. Contudo, a força com que se impõe esse imaginário, característica da episteme moderna, vela os processos de construção social e as relações entre corpo, ciência e poder (Roca, 2019).

O objetivo desta pesquisa é analisar experiências em que a assistência normalizada ao parto possibilita uma resignificação do corpo, da gravidez e do nascimento, tanto na perspectiva das mulheres quanto dos membros das equipes de saúde.

Tanto a etnografia da reprodução na década de 60 do século XX, como as crônicas de viajantes e o clássico da antropologia estrutural “Eficácia Simbólica” de Lévi-Strauss, demonstram que existem outras experiências corporais do parto e que como evento fisiológico não pode ser dissociada das tramas socioculturais das quais faz parte. Esta tese foi construída como uma estrutura a duas vozes. Numa delas, analisa-se o debate antropológico e apresentam-se achados bibliográficos que permitem compreender a relação entre a construção do conhecimento anatômico da ginecologia e da obstetrícia no contexto da episteme moderna, a mecanização dos corpos e o controle da sexualidade, a reprodução humana e a dinâmica da população. Na outra voz são coletadas experiências de mulheres e profissionais da saúde.

Em relação à estratégia metodológica, utilizou-se uma abordagem qualitativa com perspectiva etnográfica, focada na realização de entrevistas em profundidade não diretivas.

### **Abstrac**

The social construction of birth, like that of bodies, emerges as an object overshadowed by the mechanistic imaginaries of modern biomedicine. Anthropology has been revealing the constructed character that concerns bodies, physiological processes, sexual difference and genders. However, the force with which this imaginary is imposed, characteristic of the modern episteme, veils the processes of social construction and the relationships

between body, science and power (Roca, 2019).

The objective of this research is to analyze experiences in which normalized childbirth care enables a new meaning of the body, pregnancies and births, both from the perspective of women and members of health teams.

In relation to the methodological strategy, a qualitative approach with an ethnographic perspective was used, focused on conducting in-depth non-directive interviews.

Both the ethnography of reproduction in the 60s of the 20th century, as well as the chronicles of travelers and the classic of structural anthropology “Symbolic Efficiency” by Lévi-Strauss, demonstrate that there are other bodily experiences of childbirth and that as an event physiological cannot be dissociated from the sociocultural plots in which it is part. This thesis was built as a two-voice structure. In one of them, the anthropological debate is analyzed and bibliographic findings are presented that allow us to understand the relationship between the construction of anatomical knowledge of gynecology and obstetrics within the framework of the modern episteme, the mechanization of bodies and control over sexuality, human reproduction and population dynamics. In the other voice, experiences of women and health professionals are collected.

### **Palabras clave**

Parto – Cuerpo – Poder – Etnografía – Biopolítica – Sexualidad – Reproducción – Violencia Obstétrica – Derechos Humanos

### **Palavras-chave**

Parto – Corpo – Poder – Etnografia – Biopolítica – Sexualidade – Reprodução – Violência Obstétrica – Direitos Humanos

### **Keywords**

Birth – Body – Power – Ethnography – Biopolitics – Sexuality – Reproduction – Obstetric Violence – Human Rights

## ÍNDICE

**Resumen y palabras clave** 2

**Introducción** 9

**Capítulo I** 35

**Antecedentes sobre el tema y abordaje metodológico-conceptual**

*La antropología de la Reproducción: el parto como rito de pasaje*

*Rituales, marcas de género y jerarquías*

*La perspectiva decolonial y ecofeminista*

*Violencia Obstétrica: la brecha entre la persistencia de la violencia y el paradigma de derechos humanos*

*Violencia obstétrica y desigualdades sociales: la interseccionalidad*

*La enseñanza de la obstetricia y la naturalización de la violencia obstétrica*

*Transformaciones y agencia*

*Principales áreas de controversia:*

- *Tensiones entre diferentes idearios de la humanización*
- *La tensión entre Derechos Sexuales y (no) Reproductivos y la humanización del parto*
- *La tensión entre nuevas normatividades y neo-esencialismos*

*Cuerpo y nacimiento como construcción social*

- *La diferencia sexual y la matriz simbólica*
- *La construcción androcéntrica del mundo*
- *La exorbitancia sexual en Heritier y la invención de la naturaleza en Segato*
- *Diferencia sexual y acumulación originaria. El plano material en la trama Producción/Reproducción*
- *La relación cuerpo, ciencia y poder en la construcción médica del nacimiento*
- *Maternalización de las mujeres, género y violencia obstétrica*
- *Ecofeminismos y teoría decolonial*

## Capítulo II

78

### Ciencia, poder y modernidad en la construcción del cuerpo y los saberes en torno al nacimiento

- *El cuerpo de las mujeres: entre los saberes brujos y su construcción como espécimen en la mesa de disección*
- *Cuerpos y saberes en disputa*
- *Del disciplinamiento del cuerpo a la biopolítica: notas sobre la materialidad de la apropiación de cuerpos y saberes*
- *Los anatomistas escoceses: una segunda generación de “padres” de la Obstetricia moderna*
- *Marion Sims: El “padre” de la Ginecología moderna*
- *Fertilidad / Esterilidad: El útero y la plantación en el descubrimiento de la naturalista María Sybilla Merian*
- *El parto en los relatos de cronistas de Indias y viajeros*
- *De la invención de las dificultades y el desarrollo de técnicas e instrumentos*
- *La hospitalización del parto y la fiebre puerperal a mediados del siglo XIX*
- *La institucionalización del nacimiento en la Argentina: Cuerpo, territorio y raza en la trama de la construcción del Estado-Nación*

## Capítulo III

113

### Metodología y trabajo de campo: primeros hallazgos etnográficos

*El trabajo de campo y la complejización del problema*

*Hallazgos etnográficos*

- *La Violencia Obstétrica, significados y naturalización*
- *El miedo al cuerpo y las disidencias sexuales normalizadas*
- *Hippies, naturistas y mamíferos. La animalidad rechazada*
- *El nacimiento como acto sexual. Entre el erotismo, la violencia y la diversidad*

- *Experiencias previas: pérdida de embarazos y tratamientos de fertilidad*

*Momentos del trabajo de campo*

- *Semana del parto respetado 2020*
- *Reuniones Red Argentina de Casas de Partos (agosto de 2021)*
- *Entrevistas. Historias de parto*

*Las entrevistas: Historias de parto*

## **Capítulo IV**

**172**

### **El parto entre la medicalización y los derechos humanos. Los modelos de atención desde la experiencia de las mujeres**

*El ciclo de atención del embarazo y parto según el modelo de atención*

*Parto medicalizado*

- *Plan de parto*
- *El curso de preparación para el parto*
- *El parto y la “liturgia” medicalizada - La fisiología intervenida*
- *Primera Fase: Separación / Dilatación*
- *Segunda fase: Margen / Expulsivo*
- *Cesáreas*
- *Tercera fase: Integración / Vuelta a casa*

*Parto humanizado*

- *Experiencias Previas: desnaturalizar la medicalización*
- *Momentos del parto humanizado*
- *El trabajo de parto en domicilio*
- *Parto humanizado institucional*
- *El postparto - vuelta a casa*
- *Parto humanizado en domicilio*

ANEXO I - Cuadro 1. Entrevistas a mujeres con experiencias de parto entre los años 1997 y 2020

**Doulas, médicas y parteras: recorridos personales y profesionales en el campo del parto humanizado. Subordinaciones, disciplinamientos y agencia.***La formación médica y la especialización en obstetricia*

- *Un adiestramiento en técnicas anti fisiológicas*
- *Subordinación de las parteras y subordinación de las mujeres*
- *Aprendiendo los pasos del ritual medicalizado*
- *Riesgo, control y obediencia*
- *Problematizar la crueldad*
- *El miedo al parto y la cesárea como rito de nacimiento normalizado*
- *Las marcas del intervencionismo en el posparto*

*La maternidad mutilada: la crueldad obstétrica como estrategia pedagógica**Parto humanizado y devenir “hippie”**Recuperar el parto desde la perspectiva de derechos*

- *Las experiencias penosas como camino: Devenir doula*
- *Parto respetado y activismos feministas*
- *Nuevos y viejos proyectos: Casas de parto y autonomía profesional de las parteras*

ANEXO II - Cuadro 2. Entrevistas a profesionales de la salud y acompañantes del embarazo y parto

**CAPÍTULO VI****339***Conclusiones***Bibliografía****371**

## Introducción

*¿Por qué el parto?*

*“Encerrados en la ficción individualista neoliberal, vivimos con la ingenua sensación de que nuestro cuerpo nos pertenece, que es nuestra propiedad más íntima. Sin embargo, la gestión de la mayor parte de nuestros órganos está a cargo de diferentes instancias gubernamentales o económicas. No cabe duda de que, de todos los órganos del cuerpo, el útero ha sido históricamente aquel que ha sido objeto de una mayor expropiación política y económica. Cavidad potencialmente gestacional, el útero no es un órgano privado, sino un aspecto biopolítico de excepción, al que no se le aplican las mismas normas que regulan el resto de nuestras cavidades anatómicas. Como espacio de excepción, el útero se parece más al campo de refugiados o a la prisión que al hígado o al pulmón”. (Huelga de Úteros. Preciado, 2019:92)*

El interés por el tema del parto y nacimiento está profundamente asociado a mi historia personal. Cuando era estudiante de antropología a fines de la década de 1980, tuve que realizar un trabajo sobre ritos de pasaje como ejercicio etnográfico para una materia. Elegí el parto por muchos motivos. Porque constituye junto con la muerte, uno de los ritos más emblemáticos de pasaje, pero a diferencia de la muerte, tiene un sesgo algo más festivo. Como rito de pasaje es bien característico. El nacimiento marca el ingreso de un nuevo miembro a un grupo social determinado y también implica cambio de estatus para la gestante que adquiere la categoría de madre.

Pero hubo otros motivos más personales que antropológicos que influyeron en esta elección. Mi papá era médico obstetra y desde la infancia sentí una profunda admiración por él y por su profesión. Además, podía acceder fácilmente a un hospital, ámbito muy familiar para mí, para realizar las actividades de observación necesarias para la construcción del registro etnográfico de ese rito.

Así fue como presencié por primera vez un parto, en el marco de una actividad académica como estudiante de antropología. Fue algo

emocionante, aunque hubo partes del rito a las que no accedí, en gran parte por mi ignorancia metodológica, pero también por los límites del ensayo etnográfico en cuestión y del acceso institucional que pude conseguir.

Ahora, mientras recuerdo a la distancia, puedo decir que observé un tipo de rito de pasaje específico: el parto medicalizado. La gestante inmovilizada en una camilla especial, en posición horizontal, con las piernas amarradas en unos estribos metálicos, ataviada con bata, cofia y botas de quirófano, con vías en los brazos y su vulva expuesta a todas las miradas en el centro de la escena. A su alrededor diversos profesionales de la salud se movían muy coordinados, trabajando activamente para que se produzca el nacimiento mientras el cuerpo de la mujer permanecía inerte, sujeto, paralizado. Para activar el proceso de parto se realizaron diferentes acciones: hubo episiotomía y Kristeller. La episiotomía es un corte quirúrgico que se efectúa en la vulva con el objetivo de agrandar la abertura vaginal y evitar desgarros impredecibles. La maniobra de Kristeller consiste en la acción de empujar con los antebrazos sobre el abdomen de la mujer para facilitar y acelerar el descenso fetal cuando las contracciones se debilitan.

Finalmente, luego de mucha actividad del equipo médico se produjo el nacimiento. Fue algo muy intenso. Todos nos emocionamos ante el llanto del bebé y la confirmación de que todo había salido perfectamente.

El ritual se completó con la separación del bebé para su revisión e higiene mientras se ayudaba a la expulsión de la placenta tironeando del cordón y luego procedían a coser el corte en el periné, a suturar la episiotomía.

La protagonista de este evento, la mujer en trance de parto no parecía tan emocionada como nosotros. Me pareció confundida e indiferente, con la cabeza volcada de un lado, cansada, como vencida. Pero este estado de la parturienta no parecía importante ya que al fin y al cabo todo había salido bien. A mí tampoco me llamó la atención este hecho.

Luego de esta experiencia de observación escribí un bonito ensayo y aprobé la materia.

Algunos años más tarde, dando clases de antropología en la carrera de obstetricia me encontré con algunos artículos de la bibliografía del campo de la antropología de la reproducción. Uno de esos textos se llamaba “El contexto social del Nacimiento”. Era una versión mimeografiada traducida por la docente que había sido mi predecesora, Ana González, de un texto de Sheila Kitzinger en el que compara y analiza el nacimiento en la Jamaica campesina de los años ’60 con el nacimiento hiper tecnificado en Gran Bretaña para la misma época. Ese texto junto a la lectura del capítulo XX “La eficacia Simbólica” del libro Antropología Estructural de Claude Lévi-Strauss (1970) fueron de gran impacto para mí ya que abrieron la puerta al descubrimiento de mi propio etnocentrismo en relación a la construcción social del parto.

A partir de estas lecturas y otras que fueron llegando, comencé a experimentar el proceso de extrañamiento y tomé conciencia que en ese ejercicio de observación que realicé como estudiante no pude “exotizar” lo familiar.

Fue el contacto con la literatura de la antropología de la reproducción que comienzo a mirar este suceso con otros ojos, a comprender que no existe una forma “natural” de parir y que, además, la que se propone desde la intervención técnico-medicalizada es una variante que dificulta especialmente este proceso.

Ante estas nuevas lecturas, el recuerdo de esa breve actividad etnográfica sobre el parto cobró otras dimensiones. La antropología de la reproducción me permitió aprehender otras tramas de significación sociocultural acerca del cuerpo, del nacimiento y de los procesos vitales que conmovieron mi percepción naturalizada y familiarizada de la medicalización del nacimiento como normalidad esperable y superior a otros modos.

Otras experiencias personales posteriores como la formación en la residencia de educación para la salud y el integrarme como investigadora al equipo de Antropología y Salud coordinado por Santiago Wallace, me permitieron profundizar en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad y atención como construcciones sociales, situadas en contextos históricos, políticos y de poder.

Mientras transitaba por estos caminos, pude experimentar en mi propio cuerpo los efectos limitantes y cruentos de la medicalización que caracterizan la atención gineco-obstétrica. Así, cuando tuve la oportunidad de atravesar mi propia maternidad, ya tenía un profuso recorrido teórico-práctico que me llevó a experimentar con incomodidad los procedimientos ofrecidos por el sistema de salud como única y mejor alternativa.

En el año 2005 trabajé por unos meses en un proyecto de salud intercultural en el Ministerio de Salud de la Nación. Integré un equipo interdisciplinario de salud con base en la zona de Tartagal, en la provincia de Salta para trabajar con comunidades de la etnia Wichi. Allí descubrí como las violencias y las desigualdades se interseccionan potenciándose y empecé a pensar la relación entre la salud pública en el contexto del estado-nación y los procesos de colonialidad. Especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

El proyecto de investigación doctoral actual retoma este interés por develar los mecanismos de construcción social de los procesos reproductivos y los rituales que los atraviesan como elemento central para actualizar su vigencia y legitimidad, como así también la tensión entre leyes, normativas y prácticas diversas en torno a la experiencia de la gestación.

#### *El nacimiento como rito de pasaje. Cuerpos y saberes en disputa*

La construcción social del nacimiento, al igual que la de los cuerpos, emerge como un objeto opacado por los imaginarios mecanicistas de la biomedicina moderna. La antropología viene develando el carácter

construido que atañe a los cuerpos, los procesos fisiológicos, la diferencia sexual y los géneros. Sin embargo, la fuerza con la que se impone este imaginario, característico de la episteme moderna, vela los procesos de construcción social y las relaciones entre cuerpo, ciencia y poder (Roca, 2019)

La presente investigación tiene como objetivo analizar experiencias en las que la atención normalizada del parto habilita una resignificación del cuerpo, de las gestaciones y nacimientos tanto desde la perspectiva de mujeres como de integrantes de los equipos de salud.

Desde el marco conceptual se aportan elementos para problematizar el cuerpo y maternidad como destino natural y alienado, que es uno de los rasgos sobresalientes del proceso político y epistémico de la modernidad.

Los procesos de cercamientos sobre los cuerpos y la vida (Federici, 2015, Mies y Shiva, 1998) y la eficacia simbólica como lenguaje de dominación (Bourdieu, 2000; Segato, 2003; 2016, 2018) constituyen los dos ejes analíticos para problematizar la medicalización del nacimiento como mecanismo privilegiado de control biopolítico (Foucault, 1992).

Tanto desde el campo de la antropología de la reproducción, como de las investigaciones sociales actuales sobre el tema (Fornes, 2009-2011; Canevari, 2011-2017; Felitti, 2012, 2014, 2018; Yáñez, 2015, Castrillo, 2019) la propuesta apunta a la exploración de los imaginarios que sostienen la diversidad de prácticas en torno al nacimiento, las experiencias de resignificación y las disputas en torno a una autonomía gestante o el control biomédico.

Desde su entrada en el campo de la atención médica, el nacimiento será objeto de disputa entre al menos dos modelos: uno que entiende el parto como un hecho patológico que debe ser altamente controlado e intervenido y otro que lo reconoce como un hecho fisiológico normal que se debe acompañar, pero interviniendo lo menos posible.

Actualmente la disputa sigue vigente y se expresa a través de dos líneas de acción. Por un lado, a partir de la imposición del modelo intervencionista que considera el parto como un evento patológico o de riesgo y por otra parte a partir del acompañamiento fisiológico no intervencionista.

Estas disputas se sitúan en un contexto en el que coexisten el paradigma de derechos humanos vigente (Ley 25.529 de parto Respetado y Ley 26.485 de Protección Integral de Violencias contra las mujeres), diversos activismos tanto desde colectivos feministas como de asociaciones profesionales de obstétricas y protocolos normativos de atención perinatal. Mientras tanto, salvo excepciones muy puntuales, las prácticas institucionales de atención del parto parecen funcionar como una realidad paralela en la que no entran las leyes de protección de derechos, ni los reclamos de los activismos. Tampoco los saberes expertos de la partería. Junto a las prácticas institucionales también se ubica la formación profesional de médicos y parteras que está centrada en la concepción biomecánica de los cuerpos y en la estructuración de un sistema de jerarquías de poder/saber en el que las obstétricas/parteras ocupan un lugar subordinado.

Las preguntas que orientaron la investigación desde el comienzo estuvieron vinculadas a mi experiencia previa en el tema, tanto profesional como personal. En el centro de estos primeros interrogantes siempre estuvo la relación entre cuerpo, poder y saber y la intención de desnaturalizar las concepciones y prácticas en torno al parto vigentes tanto desde quienes son usuarias del sistema de salud como desde quienes atienden los procesos reproductivos.

La cuestión del “parirás con dolor” funciona como mandato “natural” incluso en los comentarios en torno al objeto de investigación realizados en el contexto de los talleres de tesis. Está tan aceptado que parir es un sufrimiento extremo que resulta impensable su cuestionamiento. Y la idea de la salvación del padecimiento a través de los avances técnicos, tanto

farmacológicos como quirúrgicos, funciona como un axioma incuestionable.

Esta creencia en la eficacia de la farmacología y de la cirugía como avance científico y paliativo liberador de la condena bíblica se desmorona cuando contactamos con la vigencia de las disputas por mantener la autonomía de saberes y prácticas de las parteras, tanto profesionales como empíricas. También cuando desde las experiencias de violencia y cosificación las mujeres deciden buscar respuestas por otros lados.

La hipótesis de trabajo sostiene que en el parto se actualizan mediante los ritos medicalizados las concepciones bio-mecanicistas y antropro-androcéntricas propias de la ciencia y el proyecto de control político de la naturaleza que se originan con el advenimiento de la modernidad a partir del siglo XVII.

Esta creencia en la eficacia de la farmacología y de la cirugía como avance científico y paliativo liberador de la condena bíblica se desmorona cuando contactamos con la vigencia de las disputas por mantener la autonomía de saberes y prácticas de las parteras, tanto profesionales como empíricas. También cuando desde las experiencias de violencia y cosificación las mujeres deciden buscar respuestas por otros lados.

En esta actualización los binomios jerárquicos que ordenan el mundo a partir de la modernidad y que actualmente no solo tienen plena vigencia, sino que se expresan en extremo polarizados, se reproducen, se consolidan y se legitiman.

Estos binomios definen la supremacía de lo humano sobre la naturaleza, de lo masculino sobre lo femenino y de la civilización por sobre lo primitivo. La instancia del nacimiento por su relevancia simbólica es un espacio fundante para la entrada en un mundo que se rige por estos principios. También para la problematización de estos y para ejercitar su transformación.

El trabajo de campo tuvo que ser redefinido y acotado a la

realización de entrevistas debido a la situación de pandemia que se desató en marzo de 2020. En relación, a la estrategia metodológica, se utilizó un enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica, centrado en la realización de entrevistas no directivas en profundidad a dos grupos de personas. Por un lado, a mujeres que han tenido experiencias de parto entre los años 2000 y 2020 en la ciudad de Buenos Aires y alrededores dentro de los subsistemas de atención de la seguridad social y del subsistema privado. Por otra parte, se entrevistó a diversos actores del espectro profesional de la atención del nacimiento. Todas las entrevistas fueron realizadas y grabadas de manera virtual a través de una plataforma digital.

Las razones por las que la perspectiva es la de la antropología se fundamentan en su particularidad como ciencia social que nos permite acercarnos al fenómeno humano desde la perspectiva de su diversidad, de la heterogeneidad de formas de existencia humana y de las diversas maneras en que nos relacionamos en nuestra particularidad con la cotidianidad, con el lenguaje, con la materialidad, con la naturaleza. Como rasgo diferencial, el enfoque antropológico tiene la singularidad de proponer permanentemente un viaje de ida y vuelta.

Este viaje exige exotizar lo cotidiano y familiarizar lo exótico (Da Matta, 1999). Es un proceso transformador en el que aquello que consideramos como naturalmente establecido o como la mejor versión conocida, puede ser cuestionado, pensado de otras maneras. Desde esta mirada se propone como ejercicio permanente desnaturalizar los hechos e ideas que guían nuestras elecciones, que se inscriben en nuestros cuerpos, que suponemos como universales y superiores.

### *Parto, cuerpo y poder: la crueldad pedagógica*

Entre los años 90 del siglo XX y principios del siglo XXI se evidencia una especial preocupación de los organismos internacionales por normalizar la atención obstétrica institucional. Tanto las recomendaciones de los organismos internacionales de salud (OMS, OPS) como de los de

financiamiento (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional) subrayan la importancia de mejorar los índices de morbilidad materno-infantil a través de la cobertura sanitaria de los estados promoviendo la formación de parteras y equipos que incorporen los nacimientos a los ámbitos institucionales. Estas recomendaciones constituyen una presión específica tanto sobre la población como sobre quienes la asisten.<sup>1</sup>

Como consecuencia incidirán en la formación de profesionales de la salud, en las reglamentaciones y también en la condena y persecución de las prácticas que no se encuadren en dichas recomendaciones para el desarrollo. Se establece así una progresiva censura y cancelación de las prácticas de la partería, aun cuando se ajusten a dichas recomendaciones internacionales.

Son tiempos de endeudamiento generalizado en el sur global y los organismos financieros impondrán sus condiciones sobre la regulación de la vida de las poblaciones nativas. El nacimiento entra en este punto como ítem privilegiado. Se trata de la puerta de entrada al sistema mundo, uno de los umbrales más significativos para los mecanismos de tecnificación colonizadora de la vida.

Esta nueva entrada de la tecnificación del nacimiento va a tomar un sentido pedagógico y disciplinar. El parto tecnificado e intervenido implica la ejecución de un conjunto de técnicas normalizadoras: inducción hormonal, cortes en la vulva, inmovilidad corporal, sujeción a protocolos institucionales uniformes, asepsia, luz fuerte, aislamiento, enfoque de riesgo, entre otras prácticas. Esta ofensiva modernizadora de la atención obstétrica -que es contemporánea de otros procesos tecnocientíficos

---

<sup>1</sup> El parto atendido por personal calificado figura como indicador para medir la reducción de la mortalidad materna en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (Naciones Unidas, 1994:54), en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2000) o en la iniciativa HIPC del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para medir el progreso de la condonación de la deuda para los Países Pobres Altamente Endeudados (OXFAM, 2005; Colom, 2003). Estas presiones pueden haber influido sobre el personal de salud, cuyo trabajo es evaluado por el cumplimiento de estos indicadores (Argüello Avendaño y González, 2014:13)

relativos a anticoncepción, fertilidad asistida, experimentos de clonación, y otras tecnologías) implica la emergencia de un dispositivo pedagógico que conduce a la desconexión de los procesos corporales, en especial aquellos relativos a la sexualidad y la reproducción de la vida.

Es en estos años también cuando las investigaciones sobre fertilidad asistida y técnicas de clonación cobran relevancia y se difunden tanto por el campo científico como por la sociedad en general bajo la impronta de la propaganda sobre la relación entre el progreso de la ciencia y el mejoramiento de las condiciones de vida. Los sucesos posteriores y los relatos que se recogieron en esta investigación van a problematizar esta premisa civilizatoria como acción positiva sobre la vida de las personas, en especial de las mujeres en situación reproductiva y de su descendencia.

Paralelamente, desde 1985, la Organización Mundial de la Salud recomienda y aconseja reducir el intervencionismo, medicalización y patologización de los procesos reproductivos. Este sentido se difundió a través de diversas políticas de salud en diferentes lugares del mundo. En la región latinoamericana el movimiento por la humanización del parto fue la semilla que sembró las nuevas bases de un movimiento mundial y fue también el escenario en el que se construyó y definió el concepto de violencia obstétrica, se promulgaron leyes, protocolos y normativas de atención. El movimiento por la humanización del nacimiento se construyó desde la integración del enfoque de derechos humanos con la perspectiva de género como trama conceptual y legal para promover el parto respetado como derecho humano fundamental en el siglo XXI (Castrillo, 2020:197).

En julio del año 2019 la relatora especial sobre violencia de género de la ONU<sup>2</sup> publicará un informe detallado y alarmante sobre las violencias obstétricas como una violación a los derechos humanos de las mujeres que

---

<sup>2</sup> SIMONOVIC, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe ONU [en línea]. Recuperado de [https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf)

se produce a escala global y en el seno de las instituciones de salud pública. El informe se titula «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica» y fue realizado por Dubravka Šimonović, relatora especial del Consejo. El informe enumera y analiza los hechos de violencia, sus manifestaciones y propone las bases para que los Estados Parte de Naciones Unidas cumplan con sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva y al mismo tiempo establezcan mecanismos para la denuncia y rendición de cuentas de las violaciones de derechos en el campo de la salud reproductiva (Šimonović, 2019:6).

Como indica Castrillo (2020) este informe de la relatora especial de Naciones Unidas establece tres puntos que dimensionan la importancia del tema. En primer lugar, la sistematicidad generalizada de la violencia obstétrica a nivel mundial. En segundo lugar, la validación de los testimonios de las mujeres cuyas experiencias dan cuenta de la violencia obstétrica como fenómeno sistemático. Y por último reconoce la ausencia de abordaje desde el marco de derechos humanos en esta temática, lo cual colabora con su invisibilización y no reconocimiento de la gravedad del problema.

En la introducción del informe la relatora se posiciona desde la definición de violencia contra las mujeres que surge de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU (1993) y reconoce que el concepto de violencia obstétrica fue acuñado en América Latina. La primera mención respecto de este avance latinoamericano surge de la ley venezolana que data de 2007<sup>3</sup> no obstante lo cual aún esta dimensión de la violencia contra las mujeres no se encuentra incorporada al derecho internacional, por lo cual en el informe de la relatora se emplea la noción de

---

<sup>3</sup> VENEZUELA (2007) Ley N° 38668/07. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

«violencia contra la mujer durante la atención del parto» lo cual excluye como escenarios posibles de la violencia obstétrica a otros momentos reproductivos (gestación, embarazo, puerperio y aborto) lo cual resulta contradictorio cuando habla en otros momentos del texto de violencia en ámbito de la salud reproductiva y además porque no involucra en tanto que víctimas a los/as recién nacidos/as, ni parejas o familias y tampoco integra a otras personas gestantes. También el énfasis puesto en el maltrato circunscribe los hechos al terreno de lo visible lo cual impide visibilizar que la medicalización de la reproducción actúa como causa de las intervenciones protocolizadas que están en la base de las violencias (Castrillo. 2020:206).

Las recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud -OMS- establecen como límite al intervencionismo un 10%, ya que el 90% de las gestaciones, partos y puerperios son fisiológicamente normales<sup>4</sup>. Esto significa que desde el año 1985 la OMS recomienda que el recurso a las cesáreas, episiotomías e inducción con oxitocina sólo es aplicable en el 10% de los casos. Sin embargo, el informe de la relatora Šimonović denuncia la realización masiva de estas prácticas con porcentajes que superan ampliamente el 60%.

La rutinización de la episiotomía (corte quirúrgico en la vulva) y de la inducción con oxitocina sintética también están consideradas como prácticas de crueldad que provocan sufrimiento y que no deberían utilizarse. Se trata de prácticas que responden a una necesidad de los profesionales actuantes y a las dificultades derivadas de la posición horizontal (litotomía). Luego veremos que también se relacionan con el periodo en el que los estudiantes de obstetricia deben aprender a cortar y suturar, a controlar y dirigir el parto.

Asimismo, este informe, releva denuncias relativas tanto al exceso de suturas de episiotomía que achican la abertura vaginal -los llamados

---

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985: Tecnología apropiada para el parto. Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.

“puntos para el marido”- como a la ausencia deliberada de anestésicos o analgesia en procedimientos de atención de aborto espontáneo, legrado voluntario, suturas postparto y extracción de óvulos en procedimientos de reproducción asistida. Estas prácticas evidencian la presencia de estereotipos sexistas y desigualdades entre hombres y mujeres. Además, el informe menciona la ausencia de consentimiento informado en general como una situación de atropello de los derechos humanos de las gestantes<sup>5</sup> (Šimonović, 2019: 12).

Más allá de los cuestionamientos que se le puedan hacer al informe de la ONU -no se involucra con la autoridad médica, ni cuestiona las consecuencias de la medicalización de la reproducción sobre la producción de patologías y dificultades- hay que reconocer su importancia para otorgar visibilidad y legitimidad a la violencia obstétrica como un problema de derechos humanos que afecta a la población de mujeres de todo el planeta.

El informe de la relatora Šimonović finaliza con las recomendaciones generales invitando a los Estados Parte a: afrontar el problema de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva; a integrar la perspectiva de derechos en la atención del parto; a la habilitación de canales de denuncia; a fomentar líneas de investigación sobre las causas estructurales y sistémicas; a publicar informes, revisar las leyes y a diseñar políticas de salud sexual y reproductiva acorde con los lineamientos de los derechos humanos de las mujeres (2019:23).

Las recomendaciones de dicho informe subrayan la importancia de garantizar a través de leyes y prácticas el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto; permitir el parto domiciliario e impedir la penalización del mismo; supervisar la atención institucional; recopilar y publicar anualmente datos sobre el

---

<sup>5</sup> Nota: La aplicación del protocolo respecto del consentimiento informado no es *per se* garantía de respeto a los derechos humanos de las mujeres dada la relación de poder y autoridad desigual entre médico/paciente que además se profundiza en un contexto social de desvalorización de las mujeres y de naturalización del intervencionismo en el parto.

porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías; utilizar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la Organización Mundial de la Salud sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer; dar respuesta y alivio del dolor, elegir la posición de parto y mantener el respeto en la atención sanitaria (Šimonović, 2019: 24-25).

La Argentina cuenta con un paradigma jurídico de avanzada en materia de derechos humanos relativos al nacimiento y a la protección de las violencias contra las mujeres. También existen numerosas investigaciones académicas sobre el tema financiadas por entidades públicas que dan cuenta de la importancia del tema. Además, existe un tejido institucional conformado por organizaciones no gubernamentales, organismos de derechos humanos, asociaciones profesionales e instituciones sanitarias. Como resultado de estas articulaciones podemos mencionar la Ley de Parto Respetado (25.529) que surge a partir del accionar de la Asociación Civil Dando a Luz (sancionada en 2004 y reglamentada en 2015); el Observatorio de Violencia de Género presidido por la Asociación Civil Las Casildas que recoge las denuncias a nivel nacional y sistematiza la información y la incorporación de la violencia obstétrica como tipo específico de violencia de género en la Ley 26.485 (sancionada en 2009 y reglamentada en 2019) -Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Se trata de un entramado legal e institucional importante, pero que aún no pudo transformar y ni revertir las violaciones de los derechos humanos que las mujeres sufren a diario en el ámbito de su salud sexual y reproductiva. Incluso la ley que rige el ejercicio profesional de licenciadas/os en obstetricia está siendo objeto de cuestionamientos ya que desde ciertos sectores políticos y sanitarios se objeta la autonomía profesional, en especial cuando está vinculada a la asistencia domiciliaria. En el año 2021 se promulgó en la provincia de Mendoza una ley de ejercicio

de la obstetricia que restringe la actuación de las/os licenciadas/os en obstetricia, les suprime toda autonomía, prohíbe terminantemente la atención domiciliaria y subordina su accionar a los equipos médicos. Esta nueva legislación no sólo contradice las normas nacionales, sino que va en contra de las recomendaciones del informe sobre violencia obstétrica de la relatora especial de la ONU y evidencia una desigualdad de poder que el marco de protección de derechos de las mujeres no puede siquiera conmové.

En este sentido es importante subrayar que el paradigma de los derechos humanos parece tener poco impacto tanto en la formación de profesionales de la salud como en las normativas que rigen la actuación en las instituciones sanitarias, lo cual explica en gran medida la persistencia, la invisibilidad y la aceptación de la violencia obstétrica en el presente.

La alta tasa de cesáreas de la Argentina constituye un indicador de alarma respecto de situaciones problemáticas en el parto. Según las recomendaciones de la OMS, la tasa de cesáreas aceptable por complicaciones del parto oscila entre el 10% y el 15% sobre el total de nacimientos. No obstante, según se informa desde el Ministerio de Salud-OPS/OMS (2018) la tasa de cesáreas en la Argentina alcanza un promedio del 30,9 % en el sector público y del 67% sector privado durante el período 2010-14, cifras que podrían ser mayores, oscilando entre 35% para el sector público y 75% para el privado (Ceriani Cernadas, 2019).

Además, los datos recogidos desde diferentes instituciones, tanto públicas como de la sociedad civil, aportan evidencias sobre situaciones de violencia obstétrica que persisten no obstante el marco legal vigente. La encuesta realizada por el colectivo feminista #Ni Una Menos<sup>6</sup> a partir de una muestra de 59.380 casos en todo el territorio nacional, registra un 77% de casos de violencia obstétrica.

---

<sup>6</sup> Informe: Primer Índice Nacional de Violencia Machista, 2016.

Entre las prácticas consideradas como indicadores de violencia obstétrica se releva un elevado uso de oxitócicos, maniobras de presión uterina (Kristeller), uso inadecuado de fórceps, episiotomías de rutina, abuso de cesáreas, ausencia de consentimiento informado, infantilización, malos tratos, limitación de movimientos y la posición litotómica (horizontal) como rutina indiscutible.

Además, la Comisión Nacional Coordinadora de acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG/Ministerio de Justicia y Derechos Humanos) registró 89 denuncias de violencia obstétrica para el período 2017/18, número que se considera elevado en función de la reciente instalación pública del tema y de la existencia de diversas organizaciones que canalizan denuncias similares (Felitti y Abdala, 2018).

### *Las cifras de la violencia obstétrica en la Argentina*

Los datos seleccionados son relevantes para contextualizar las dimensiones cuantitativas del problema de investigación. Estas cifras justifican la relevancia de profundizar sobre las causas y la persistencia de la violencia obstétrica.

Fueron datos que permitieron pensar los objetivos específicos y desarrollar los argumentos para sostener la hipótesis planteada de la presente investigación. Los mismos provienen de distintas fuentes, tanto gubernamentales, como de organizaciones de la sociedad civil.

Un primer bloque de datos estadísticos fue tomado del informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (2016) realizado por las Casildas<sup>7</sup>. Dicho informe se realizó sobre una muestra de 4939 casos. La edad promedio de la persona gestante fue de 27.8 años y el 75% eran primerizas. El 50.4% de los nacimientos sucedieron en una institución privada, 27,9%

---

<sup>7</sup> Agrupación feminista de Buenos Aires fundada en el año 2011 por Julieta Saulo.

en institución pública, 17% en institución de obra social y 3% en el domicilio de la persona gestante. En esta muestra se detectó un 70% de casos en los que se aceleraron los tiempos del parto, 45% de cesáreas, 60% de uso de episiotomía por rutina, 33% de aplicación de la maniobra de Kristeller<sup>8</sup>. Respecto de la autonomía y el consentimiento informado según las pautas que establece el marco legal, la vulneración parece ser sistemática. Según consta en este informe el 40% de las mujeres no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su hijo/a y a un 33% les hicieron sentir que ellas o sus hijos/as corrían peligro. Los datos que reflejan la vulneración al consentimiento informado son contundentes. En esta muestra de 4939 casos, no se les dio información ni existió consentimiento informado:

- Rotura artificial de bolsa: 70%
- Vía Intravenosa: 65%
- Uso de oxitocina: 67%
- Tactos: 40 %, más de un 80% de las mujeres recibieron más de un tacto y un 50% fueron tactadas por más de un profesional.
- Monitoreo fetal continuo 50%
- Cesárea: 30%
- Episiotomía: 80%
- Kristeller: 90%
- Inducciones: 56%

La importancia de este informe radica en la posibilidad de dimensionar estadísticamente la incidencia de la violencia obstétrica naturalizada en los servicios de salud. A continuación, se presenta esta información de forma gráfica:

---

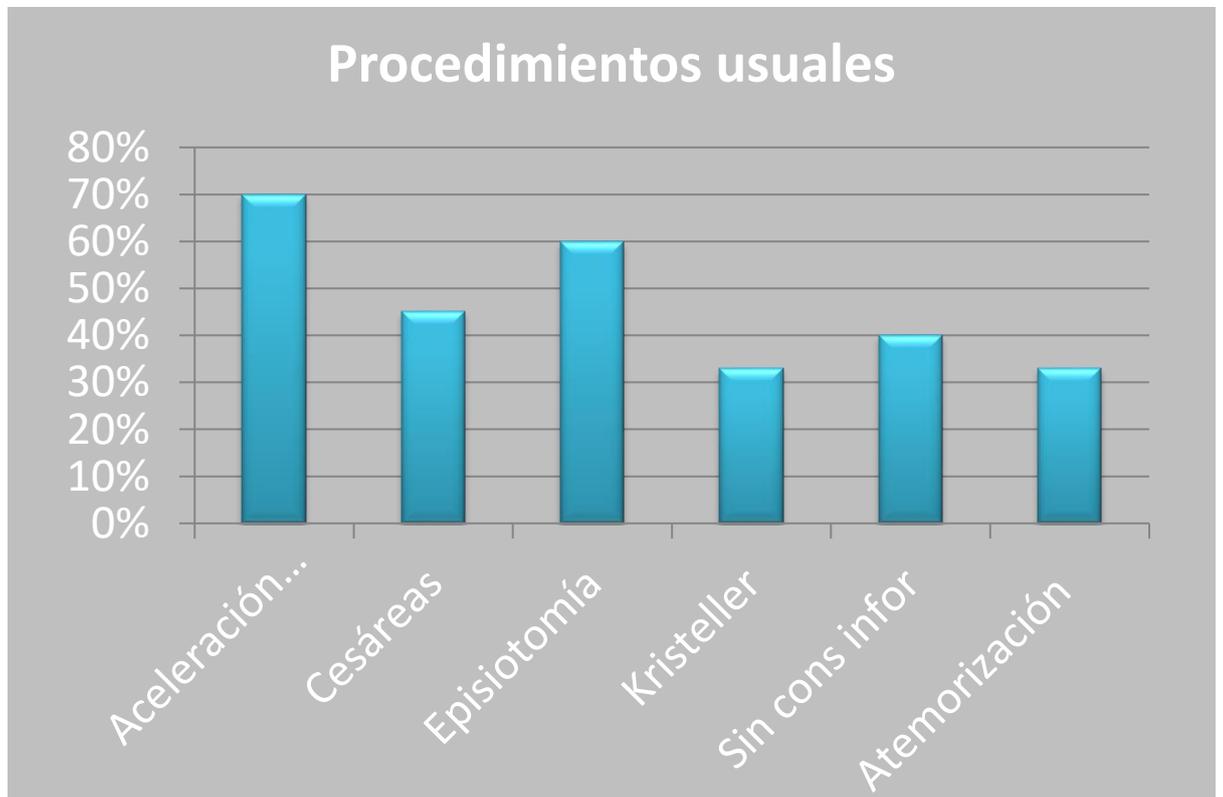
<sup>8</sup> “A 3.3 de cada 10 mujeres les realizaron la maniobra Kristeller en su parto. Esta maniobra, está categóricamente desaconsejada por la OMS por los múltiples y altos riesgos que representa para la mujer y el/la bebé. En algunos países incluso está prohibida. Sin embargo, en nuestro país sigue siendo una práctica cotidiana que va desde el empuje con la mano, hasta que un/a profesional se suba completamente sobre la mujer”. Informe de Violencia Obstétrica, Las Casildas (2016:5).

**Gráfico 1:** Distribución de nacimientos según contexto institucional.

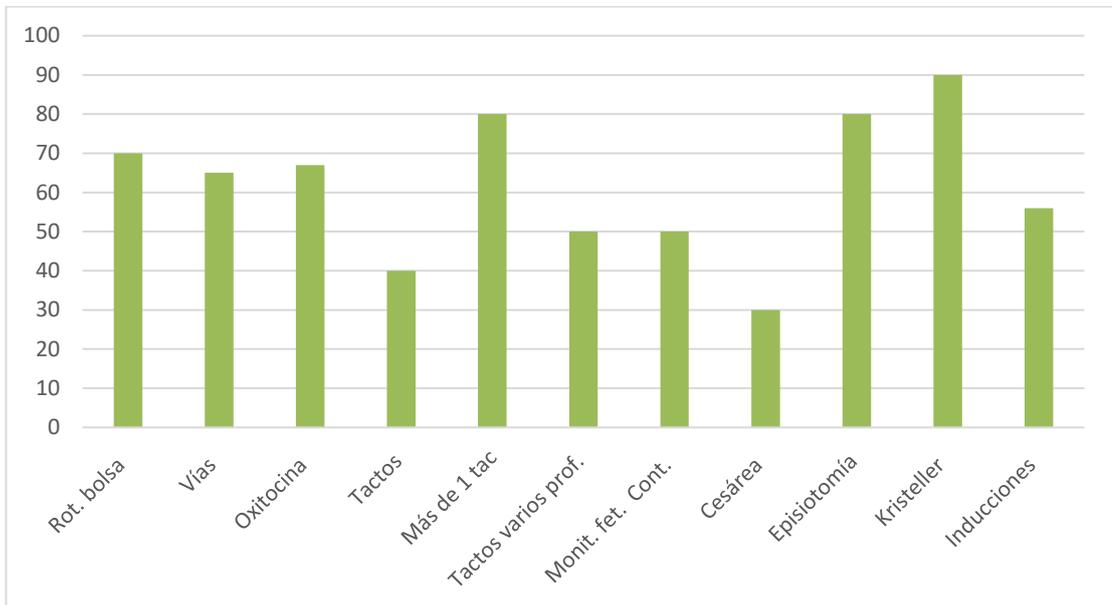


Gráfico de elaboración propia. **Fuente:** Observatorio de Violencia Obstétrica (2016) realizado por las Casildas. Tamaño muestra: 4939 casos. Edad promedio de la persona gestante: 27.8 años, 75% primerizas.

**Gráfico 2:** Prácticas de rutina



**Gráfico 3:** Procedimientos sin consentimiento informado



Gráficos de elaboración propia. **Fuente:** Observatorio de Violencia Obstétrica (2016) realizado por las Casildas. Tamaño muestra: 4939 casos. Edad promedio de la persona gestante: 27.8 años, 75% primerizas.

Un segundo bloque de datos estadísticos se tomó del informe ejecutivo del Primer Índice Nacional de Violencia Machista/2016, impulsado por el colectivo #Ni Una Menos#. En dicho informe, sobre una muestra de 59.380 casos, el 77% de las mujeres encuestadas manifestaron haber sufrido al menos una situación de violencia obstétrica, entre las que se destacan: trato deshumanizado, uso de intervenciones medicalizadas como rutina y protocolo de actuación irrevocables, ausencia de acceso a la información y vulneración constante de la autonomía y los derechos de las personas gestantes.

**Gráfico 4:** Denuncias de Violencia Obstétrica- 1er. Índice Violencia Machista - 2016

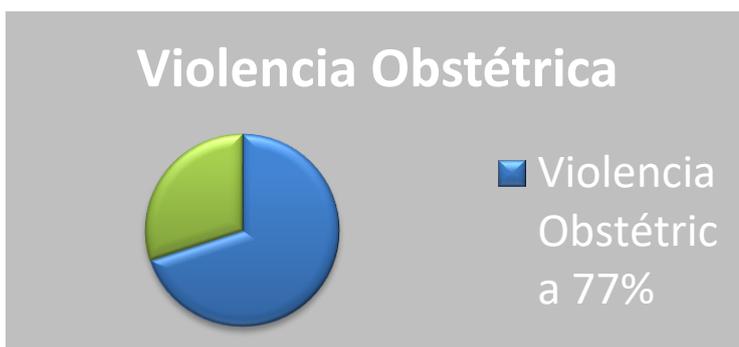


Gráfico de elaboración propia. **Fuente:** “Primer Índice Nacional de Violencia Machista/2016”, impulsado por el Colectivo #Ni Una Menos#. Tamaño muestra: 59.380 casos.

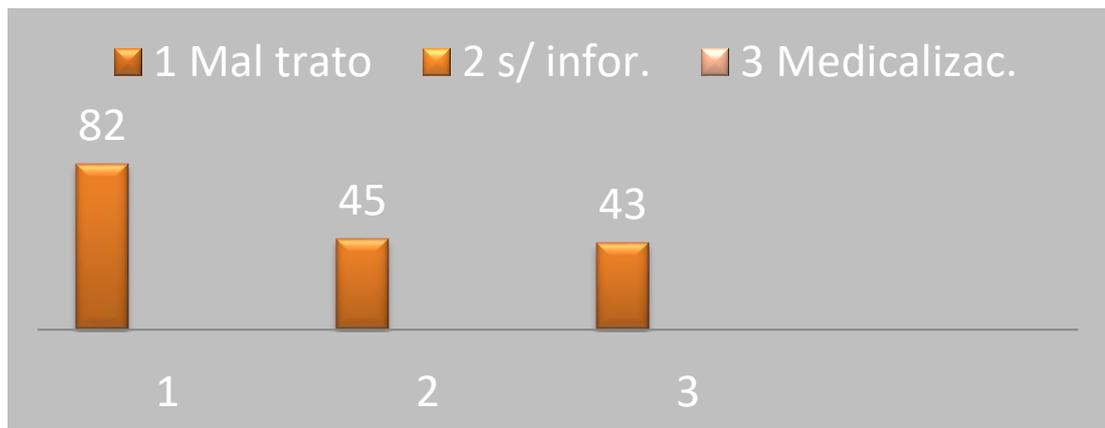
Una tercera fuente de datos sobre violencia obstétrica los proporciona la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG / Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), que desde el año 2017, recoge las denuncias por violencia obstétrica para su registro estadístico. Según este registro, predominan las denuncias a efectores del subsistema de Obras Sociales y Prepagas con un 66%, siendo el 34% el porcentaje correspondiente al subsistema Público.

La CONSAVIG junto con el Ministerio de Salud promueve a través de diversas campañas en centros asistenciales, el derecho de las mujeres al parto, embarazo, puerperio y post aborto respetado, para ellas y sus familias en hospitales públicos a derivado en un aumento progresivo en la presentación de denuncias sobre ese sector. Así, a partir de estas acciones se promueven las buenas prácticas en los efectores de salud y se difunde información a las usuarias sobre la legislación vigente (Ley 26.529). En el informe 2019, elaborado sobre las denuncias recibidas en el año 2017/18, recogió 89 casos en las que predominan las denuncias a efectores del subsistema de Obras Sociales y Prepagas con un 66%, siendo el 34% el porcentaje correspondiente al subsistema Público. Los datos más relevantes son: trato deshumanizado: 81,82%, falta de información: 44,32% y medicalización no justificada: 42,5%.

**Gráfico 5:** Denuncias CONSAVIG, 2017-2018



**Gráfico 6:** Prácticas institucionales frecuentes denunciadas



Fuente: Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género CONSAVIG, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017. Total denuncias entre 2016 y 2017: 89.

Y, por último, la cuarta fuente de consulta es el 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión (Ministerio de Salud Argentino-OPS/OMS-2018), según el cual, la tasa de cesáreas en el país alcanza un promedio del 30,9 % en el sector público y del 67% sector privado durante el período 2010-14. Cifras que podrían ser mayores (35% para el sector público y 75% para el privado) según lo expresado por el Dr. Ceriani Cernadas (2019:66) miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría, que reflexiona sobre el ascenso ininterrumpido de esta práctica desde 1989.

**Gráfico 7:** Tasa de Cesáreas

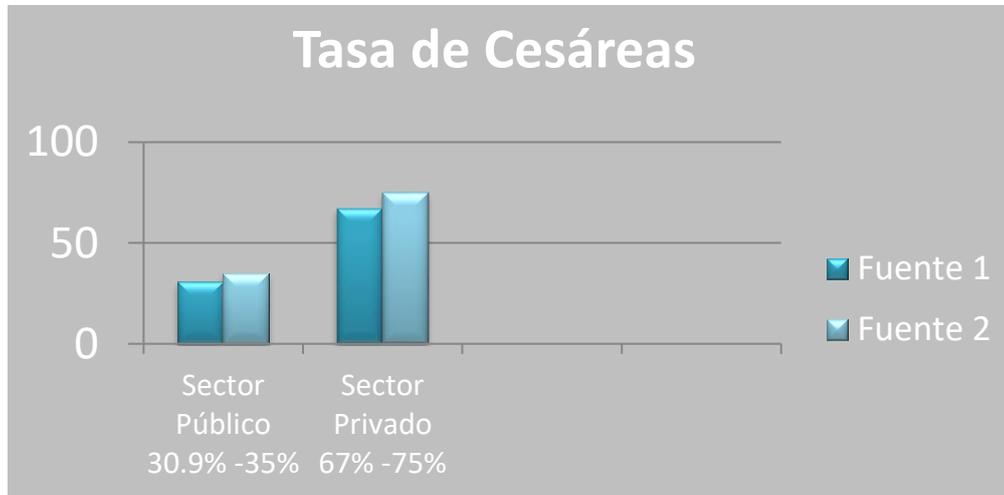


Gráfico de elaboración propia.

Fuente1: 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico del Ministerio de Salud Argentino-OPS/OMS (2018), la tasa de cesáreas en el período 2010-14.

Fuente2: Ceriani Cernadas JM. La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? *Arch Argent Pediatr* 2019;117(2):66-67.

### *Las fuentes de los datos seleccionados*

Las fuentes consultadas corresponden a diferentes ámbitos: organizaciones de la sociedad civil, organismos públicos nacionales y organismos internacionales.

En el primer caso se ubican los datos proporcionados por la organización feminista Las Casildas desde su Observatorio de Violencia Obstétrica y por el Colectivo Feminista #Ni una menos#. En ambos casos el tamaño muestral es un dato significativo y de alcance nacional y las propuestas de relevamiento se sustentan en la aplicación de las leyes 26.486 y 26.529, de protección integral de violencia contra las mujeres y de parto respetado, respectivamente. En el caso de Las Casildas-Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO) se trata de una iniciativa autogestiva e interdisciplinaria que desde octubre de 2015 trabaja en la construcción de propuestas y alternativas que permitan abordar esta problemática, siendo una de sus primeras herramientas la *Encuesta de atención al parto/cesárea*. Esta encuesta se realizó a partir de un formulario disponible desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2016. Su aplicación, tanto de manera virtual como presencial, se realizó a través de una red de

referentes en distintos puntos del país. Los objetivos de esta encuesta fueron proporcionar un diagnóstico sobre el estado de vulneración de derechos en el parto y además que estos datos puedan funcionar como insumos para realizar recomendaciones y sugerencias a los organismos e instituciones intervinientes en pos de la transformación de las violencias.

En el caso del informe del Primer índice de violencia machista en la Argentina, realizado por #Ni una menos#, el tamaño de la muestra, casi 60.000 casos a nivel nacional, es un indicador de la relevancia estadística del tema con el objetivo de describir y comprender el problema de la violencia machista y las situaciones atravesadas por las mujeres y mujeres trans en diversos ámbitos sociales para incidir en las políticas públicas destinadas a la erradicación de las violencias. La encuesta se instrumentó a partir de un cuestionario autoadministrado con preguntas que contemplaron todos los tipos de violencia machista que viven las mujeres a lo largo de sus vidas. A través de una campaña en redes sociales y con el apoyo de referentes claves -artistas, líderes de opinión y periodistas- que replicaron la propuesta, se recorrió el país con el lema “Argentina Cuenta La Violencia Machista” para convocar a las mujeres argentinas a completar una encuesta online, planteada como un cuestionario estructurado, autoadministrado, categorizado con respuestas predeterminadas y de carácter anónimo.

En cuanto a los datos proporcionados desde organismos nacionales e internacionales de salud, la fuente consultada fue el 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión. El SIP-Gestión constituye un conjunto de datos interrelacionados que incorpora una mirada integradora de la salud, aportando el análisis de contexto, de aspectos maternos, de su estilo de vida, del reconocimiento de derechos, de la accesibilidad y de la calidad de la atención de salud y finalmente, del impacto en la salud materna, fetal y neonatal.

En el año 2013 fue presentado el primer informe de SIP-G, que ayudó a ordenar, priorizar, diseñar, monitorear y evaluar las estrategias

llevadas a cabo para mejorar la salud de las madres y sus hijos. El Segundo Informe Nacional del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) de Argentina, contribuye con información valiosa, no sólo por sus contenidos sino, además, por la relevancia que esta información adquiere para reorientar programas y prácticas en los servicios. Es superador al primero en magnitud, cobertura, riqueza de la información, capacidad analítica e incorporación de nuevos actores del sistema sanitario. La instalación del SIP-G a nivel nacional es el resultado de un proceso permanente de consulta, de intercambio de información, de capacitación continua con interlocutores de los programas provinciales y efectores hospitalarios de todo el territorio nacional. Los datos sobre tasa de cesáreas están tomados del registro SIP-Gestión que incluye el total de partos ocurridos en el país entre 2010 (143.811) y 2014 (336.860).

El carácter institucional y sistémico de la violencia obstétrica es una de las manifestaciones más extendidas, pero al mismo tiempo silenciadas, de la violencia contra las mujeres. La persistencia de violencias en la atención obstétrica y las resistencias sobre las propuestas de humanización del parto, en un contexto normativo cuya centralidad es la protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres, señala la importancia de abordar y profundizar el tema.

Las leyes de parto respetado (29.529) y de protección de la violencia contra las mujeres (26.485), ponen de manifiesto la persistencia de prácticas violentas en la atención obstétrica y el carácter político, público de estas violencias. No obstante, la abundante y diversa investigación al respecto, aún existe una vacancia que amerita seguir indagando.

La escena del nacimiento como una escena de conquista tecnocientífica no ha sido aún lo suficientemente abordada. Tampoco, las diversas maneras de resistir estos procesos de control corporal/sexual y la agencia que desde diversos colectivos de mujeres se vienen realizando. Los

casos recientes de penalización de mujeres<sup>9</sup>, tanto parteras como usuarias, demuestran la institucionalidad naturalizada que posee la violencia obstétrica.

En el capítulo I se presentan los antecedentes sobre el tema y el abordaje teórico-metodológico. Los conceptos e ideas que guiaron la construcción del problema de investigación se inspiran en varias fuentes teóricas, entre las cuales se destacan la antropología social; la articulación de los conceptos de anatomopolítica y biopolítica (Foucault 1978/80) con el concepto de necropolítica (Mbembé, 2011); los aportes del ecofeminismo y la teoría decolonial. De la antropología también tomamos el abordaje metodológico ya que el trabajo de campo se estableció sobre la observación participante y la realización de entrevistas etnográficas.

El capítulo II está dedicado a presentar los procesos de construcción de la obstetricia y de la ginecología como saberes académicos. Se exploran las raíces históricas de la obstetricia y la relación íntima entre las técnicas de producción de conocimiento anatómico de la gestación y parto y la entrada de las intervenciones cortantes y los instrumentos de extracción. El cuerpo gestante como correlato del mapa en un movimiento de conquista que se da tanto sobre los procesos vitales y la naturaleza como sobre los territorios y los pueblos.

El capítulo III, IV y V están dedicados al análisis del material obtenido en el campo (observación participante de encuentros, jornadas y entrevistas). Como ya comentamos, las entrevistas fueron realizadas por videollamada a través de la plataforma de comunicación digital Zoom debido a las restricciones impuestas por la pandemia por Covid19. Su duración osciló entre los 45 y los 180 minutos. Todas fueron grabadas en registro audiovisual y desgrabadas textualmente. Se centraron en las experiencias personales de mujeres que tuvieron sus partos entre los años

---

<sup>9</sup> Dos casos paradigmáticos son el de San Juan (ver nota “Parir en casa en una opción castigada” en Rosario12, 27/06/2019) y el de Belén Weber (Ver nota “La carga invertida”, Página12, Suplemento Las12, 4/05/2018)

1997-2020 y en las trayectorias profesionales de acompañantes de la gestación, parto y puerperio (médicas, parteras, psicóloga, doulas y puericultora) con actividad profesional en los últimos 20 años. En total se realizaron 22 entrevistas. El análisis de las entrevistas se complementa con la información recogida en la participación en jornadas y encuentros realizados entre 2020 y 2021 (Semana del Parto Respetado y actividades de la Red de Casas de Parto).

Y por último en el capítulo VI, se presentan las conclusiones de este trabajo. En los anexos se incorporan las entrevistas y testimonios que fueron utilizados como fuentes primarias en esta investigación.

Actualmente, tanto en nuestro país como en casi todo el mundo, el nacimiento sucede en un campo de tensiones y desigualdades en los que se juegan contradicciones entre normativas contradictorias entre sí, derechos en tensión, pérdida y recuperación de saberes, entre la concepción patológica del parto y la fisiológica, entre la sumisión y potencia, entre lo vital y lo mortífero.

Por esta complejidad y por tratarse de un hecho en el que se condensa la relación entre cuerpo, ciencia y poder, los procesos reproductivos constituyen un campo de representaciones y prácticas sociales de sumo interés para las ciencias sociales.

## **CAPÍTULO I**

### **Antecedentes sobre el tema y abordaje metodológico-conceptual**

Los antecedentes sobre el tema están organizados en varios grupos temáticos. El primero de ellos refleja algunos de los principales trabajos de la antropología de la reproducción. Estas etnografías sobre el parto de principios de 1970 se producen bajo la influencia del feminismo de la segunda ola, los aportes teóricos de la antropología simbólica, el estructural funcionalismo y el interaccionismo simbólico. Este conjunto de investigaciones constituye uno de los antecedentes más importantes en el campo de la investigación social sobre parto y nacimiento.

En segundo lugar, se identificaron una serie de estudios e investigaciones que se engloban dentro de la perspectiva decolonial. El foco en este caso está puesto en los procesos de colonialidad del saber-poder del modelo médico académico y en la lectura de una serie de continuidades entre mujeres, cuerpo y territorio.

El tercer conjunto de antecedentes se nuclea en torno a la cuestión de la violencia obstétrica. Estos trabajos revelan las brechas entre el paradigma de derechos humanos vigente y la persistencia de la violencia obstétrica, su intersección con las desigualdades sociales, la naturalización de la violencia en la enseñanza de la obstetricia y las propuestas y agenciamientos transformadores de la misma.

En el cuarto apartado se presentan las principales áreas de controversia actuales y los interrogantes que fueron surgiendo a partir de esta revisión bibliográfica.

*La antropología de la Reproducción: el parto como rito de pasaje*

Los ritos de pasaje<sup>10</sup> constituyen uno de los temas centrales de la antropología clásica y de la antropología simbólica. Entre ellos el nacimiento ha sido objeto de interés especialmente en el aspecto relacionado con los simbolismos, los tabúes y los mitos que lo rodean.

En una primera etapa el interés de la antropología de la reproducción se centró en los aspectos rituales de grupos étnicos exóticos, lejanos a la sociedad de los investigadores. Estos trabajos se interesaron en los ritos de pasaje, los tabúes y prescripciones, los intercambios y simbolismos que subyacen a las prácticas y que cumplen con una función integradora del mundo social como un todo coherente.

Desde este marco conceptual los rituales constituyen el modo práctico y simbólico de ordenar el mundo social y garantizar su reproducción. Por este motivo el ritual del nacimiento resulta emblemático: en él se superponen tanto la reproducción física como la reproducción social, lo que transforma al parto en un rito de pasaje privilegiado para entender cómo funciona una sociedad determinada, como circula el poder y cómo se organizan las diferencias sexuales.

Más adelante, en los años 80, la antropología de la reproducción volcó a la mirada hacia la propia sociedad del etnógrafo. Así en un camino que fue de lo exótico a lo ordinario, la antropología de la reproducción comienza a desnaturalizar lo cotidiano y a descubrir los aspectos rituales, simbólicos y naturalizados que permanecían velados para el sentido común.

Si bien encontramos diferentes enfoques teóricos en el campo de la antropología de la reproducción, todos ellos coinciden en comprender el

---

<sup>10</sup> El concepto de Rito de Pasaje fue desarrollado por Arnold Van Gennep en 1909 para entender la interpretación ritual de los cambios de estado vinculados tanto a las diferentes etapas vitales (nacimiento, adultez, matrimonio, muerte) como a los cambios estacionales y los ciclos productivos. A partir de 1960 será uno de los conceptos centrales en los marcos interpretativos de la Antropología Simbólica, representada por Víctor Turner, Edmund Leach y Mary Douglas.

proceso de embarazo, parto y puerperio como un proceso sociocultural que interpreta e interpela la fisiología. Como señala Davis Floyd (1993) los modos de interpretar los procesos reproductivos expresan una continuidad con la idea de mundo vigente en cada sociedad y en cada época.

Las investigaciones realizadas desde esta corriente antropológica argumentan y demuestran que la reproducción y especialmente el parto, constituye un significativo inmerso en relaciones sociales heterogéneas y determinado por las condiciones históricas, culturales y materiales. Estos estudios etnográficos surgen principalmente en el ámbito de la antropología anglosajona, tanto norteamericana como inglesa. Sus aportes fueron importantísimos para identificar las representaciones biologicistas de la medicina que interpreta la gestación y el nacimiento como procesos patológicos que deben ser intervenidos y controlados.

La importancia de estas investigaciones radica en la visibilización de la relación entre parto y sociedad, especialmente en el mundo urbano, contemporáneo y civilizado. Se revela a partir de ellas el carácter construido del cuerpo, de la sexualidad y del nacimiento y el papel central que juega el rito del parto medicalizado en estas construcciones. De este modo, la antropología de la reproducción introdujo la posibilidad de mirar la propia sociedad de los antropólogos/as y revelar la no neutralidad de las representaciones y prácticas de la ciencia, especialmente en el campo de la obstetricia.

La primera generación de etnografías emerge en los años 70. Está conformada por una serie de publicaciones que se encuadran en el campo de la “Antropología del Parto”. Dichas etnografías se centran en el momento del parto y casi todas ellas fueron realizadas por mujeres.

De los debates centrales de las etnografías sobre la reproducción, Blázquez (2005) distingue las principales corrientes. Las que diferencian reproducción social, reproducción de la fuerza de trabajo y reproducción biológica, como las investigaciones de Olivia Harris, Felicity Edholm y

Kate Young (1977)<sup>11</sup> y las etnografías que ponen el foco en el parto como rito de pasaje y entonces interpretan el nacimiento como un micro-proceso que nos revela cómo se organiza una sociedad determinada ya que en él se ponen en juego la reproducción y legitimidad de todo el sistema social (Davis Floyd, 1994)

Esta serie de trabajos de investigación encuentra similitudes entre los procesos productivos característicos de la industrialización y la progresiva tecnificación de los nacimientos a partir de 1950. El parto se revela como un proceso productivo que asegura la reproducción de una fuerza de trabajo fuerte y saludable. En esta línea, Martín (1987); Tabet (1985) y Narotsky (1995)<sup>12</sup> trabajan sobre la idea de la “Tylorización” del nacimiento develando la primacía de la estandarización y control total del proceso: el útero es entendido como una máquina y la intervención médica como mecanismo de transformación de la materia prima en producto apto. El tiempo se reduce y optimiza. Se refuerza la cosificación y la despersonalización de las mujeres y los recién nacidos.

Tabet (1985) va más allá considerando que este proceso supone una expropiación de la capacidad gestante de las mujeres a través de la explotación de sus cuerpos. Las instituciones sanitarias trabajan en pos de la domesticación de las mujeres para que se integren dócilmente a esta expropiación corporal a partir de la aceptación del modelo tecnocrático (Davis Floyd, 2001) que es presentado como el modo más seguro y eficaz de atención del nacimiento.

Dentro de este conjunto de investigaciones encontramos tres publicaciones emblemáticas sobre la relación parto y sociedad (Van Hollen, 1994). Se trata de los textos de Brigitte Jordan, Robbie Davis Floyd y Jacques Gelis cuyas interpretaciones del parto como rito de pasaje proporcionan pistas para seguir investigando hoy en día. En estas

---

<sup>11</sup> Citadas en Blázquez 2005

<sup>12</sup> Citados en Blázquez 2005

interpretaciones el rito es presentado como la acción y la escena en la que se significan, actualizan y reproducen las estructuras sociales y los sistemas de poder.

El análisis de los procesos de internalización es propuesto por Davis-Floyd (1992) en el “Nacimiento como rito de pasaje americano”. El trabajo de Davis-Floyd se centra en el proceso por el cual se construyen las ideologías relacionadas con el nacimiento. Descubre que las creencias y prácticas dominantes en torno al nacimiento se basan en el "modelo tecnocrático" de la realidad, heredado de la revolución industrial y científica, que interpreta al mundo y a la naturaleza como homólogos de la máquina. Pero Davis-Floyd avanza un paso más al demostrar que muchas de las prácticas obstétricas rutinarias en los nacimientos en Los Estados Unidos no tienen fundamento científico, sino que se trata exclusivamente de actos rituales, es decir de carácter eminentemente simbólico, cuya finalidad es reafirmar el modelo tecnocrático, jerárquico y androcéntrico dominante en el modelado de cuerpos y subjetividades.

#### *Rituales, marcas de género y jerarquías*

La antropología de la reproducción permitió descubrir los aspectos ritualizados que permanecen ocultas tras la naturalización de las prácticas. Uno de los nudos temáticos centrales en este campo interpretativo es la presencia de marcas o cortes sobre los cuerpos.

Valeria Fornes (2009) nos invita a pensar las prácticas cortantes sobre los cuerpos gestantes y las interpreta como violencia naturalizada e invisibilizada de género. Se revela entonces que una de las prácticas más discutidas y vigentes, la episiotomía<sup>13</sup> carece de fundamentos científicos y está desaconsejada como rutina desde fines de los años 80 por los organismos internacionales de salud (OMS/OPS)

---

<sup>13</sup> Corte realizado en el periné para facilitar el pasaje de la cabeza en el parto y con el objetivo de prevenir desgarros. Su aplicación rutinaria es muy cuestionada por los riesgos que implica y las secuelas que produce.

La episiotomía es una práctica quirúrgica que conlleva riesgos y secuelas, por lo que algunos autores la han calificado como la “mutilación genital de occidente” (Wagner, 2002 citado en Fornes, 2009:6) y por lo tanto puede caracterizarse como violencia de género en tanto su realización rutinaria constituye una práctica de crueldad específicamente dirigida hacia las mujeres. Además de la episiotomía, la cesárea conforma otro procedimiento de corte ritual que se inscribe sobre los cuerpos gestantes como “marca de género” (Fornes, 2009:9)

Un aspecto para subrayar es la relación de correspondencia que establece Valeria Fornes (2011) entre las prácticas -rutinas y ritos- obstétricas y la posición conferida a la mujer en tanto que iniciada ritual. En este esquema de acción se inscriben las prácticas junto a los significados: el rasurado pélvico remite a la infantilización; la silla de ruedas a la incapacidad; la camilla para el trabajo de parto a la enfermedad; el despojo al aislamiento; la posición horizontal a la sujeción-sumisión y los cortes - Episiotomía y Cesárea- a las marcas de género.

Siguiendo en la línea de las etnografías sobre partos, Hernández Garre, J. Manuel y Echevarría Pérez, Paloma (2015) analizan el ritual del nacimiento hospitalario en España. El ritual de nacimiento en un contexto hospitalario e intervencionista se presenta como una auténtica «ceremonia quirúrgica» (Menéndez, 1990; Citado en Hernández Garre, y Echevarría Pérez, P. 2015) en la cual la iniciada acepta y se somete voluntariamente a una serie de rituales, de purificación que incluyen sangre, dolor y cicatrices, como así también restricciones y prohibiciones o tabúes en torno a los vestidos, los alimentos, el agua y los movimientos. Se trata, pues, de un auténtico rito de iniciación que en el caso de este texto se ha presentado en una estructura tripartita: separación, margen y agregación (Hernández Garre, y Echevarría Pérez, 2015:405-406).

El parto hospitalario sucede como una “liturgia medicalizada” en la que los procedimientos rituales se ocultan bajo la naturalización de sus

prácticas y todo el proceso se encamina hacia el objetivo de lograr un nacimiento sin mayores daños que los ya previstos (Hernández Garre, J.M y Echevarría Pérez, P. 2015:422).

### *La perspectiva decolonial y ecofeminista*

El cuerpo femenino entendido como territorio es una de las metáforas características del feminismo decolonial. Cecilia Canevari (2011) se refiere al cuerpo como ese espacio paradójico en el que se tensiona el ejercicio de la soberanía por parte de las mujeres y la permanente intervención desde diferentes poderes -políticos, religiosos, institucionales, familiares- que operan para mantener ese cuerpo bajo control. Canevari (2011) nos invita a mirar la relación directamente proporcional entre la subordinación femenina y la cohesión y fuerza del grupo dominante ya que la libertad de las mujeres representa una amenaza a la jerarquía androcéntrica. Esto explicaría la existencia milenaria de dispositivos de control y vigilancia social ejercidos sobre las mujeres y su sexualidad. La medicina moderna retoma esta línea de dominación y se transforma en un dispositivo de control y vigilancia privilegiado (Canevari, 2011:107).

En este dispositivo de control y vigilancia, la moralización es una estrategia privilegiada. Su eficacia radica en la “colonialidad” del poder-saber médico que se presenta como saber supremo, cuya misión civilizadora es garantizar la vida frente a la adversidad, los riesgos, la enfermedad y la muerte. La moralización sólo es posible desde un lugar de autoridad legitimada. Los cuerpos de las mujeres se inscriben como territorios colonizados, entramados en moralidades que los controlan y definen. Las ideas de autonomía y control territorial se asocian así al concepto de soberanía corporal (Canevari, 2017:101-102)

En la misma línea interpretativa, la tesis doctoral de Sabrina Yáñez sitúa a la maternidad como institución sobre la que se ejerce una expropiación violenta de capacidades y saberes de las mujeres sobre sus

cuerpos. Esta expropiación, es correlativa a los procesos de expropiación que operan sobre los territorios, los bienes comunes, las fuerzas de trabajo, los pueblos de las colonias y que está presente desde el período de la acumulación originaria (Yáñez, 2015:73).

Lissell Quiroz (2016) se apoya en la teoría decolonial en su trabajo de investigación sobre la imposición del parto medicalizado y hospitalario en el Perú entre los siglos XIX y XX. Según la autora, la medicalización del parto fue el resultado de una ofensiva de la corporación médica por posicionarse en el punto cero de la ciencia. Pero también fue una acción del poder político por asentar su control social sobre las mujeres y los recién nacidos. La implantación del modelo del parto occidental ocasionó la relegación y la progresiva desaparición de saberes ancestrales de las parteras y de las mujeres. Aplicando los conceptos de epistemicidio de Boaventura dos Santos (2010) y de biopolítica de Foucault (1978/1992) el artículo intenta comprender las implicancias de esta transformación en el Perú contemporáneo y el efecto destructivo que las políticas de salud pública desde la conformación del Estado-Nación tuvo sobre los saberes populares, indígenas y campesinos. En el Perú, este proceso de creación y de ubicación de la medicina obstétrica moderna en el punto comenzó hacia finales del siglo XVIII. En ese contexto, la ciencia obstétrica moderna se empleó para disciplinar el cuerpo de las mujeres, principalmente las indígenas, consideradas como el signo más evidente del atraso y lo primitivo. La medicalización del parto desarrollada durante los siglos XIX y XX, fue acompañada por la imposición de los principios y representaciones de la modernidad científica occidental y también de la persecución incesante y sin piedad de la partería y la medicina tradicional conjuntamente con una campaña de limitación y hasta desaparición de la agencia de las mujeres respecto de sus cuerpos y procesos sexo-reproductivos. Según Quiroz (2016) la imposición de la obstetricia moderna debe analizarse en términos de biopolítica porque desde el siglo XIX fue un dispositivo estatal de control poblacional. Para esta autora resulta inadecuado posicionar la consolidación medicina científica y las políticas de salud materno-infantil

como avance y progreso ya que la imposición del parto hospitalario medicalizado provocó la progresiva desaparición de los saberes de la partería tradicional. La persecución y el desprestigio de la medicina tradicional fue minando conocimientos válidos y milenarios.

*Violencia Obstétrica: la brecha entre la persistencia de la violencia y el paradigma de derechos humanos*

El concepto de violencia obstétrica es relativamente reciente. Marbella Camacaro Cuevas (2009) proporciona un análisis profundo y detallado sobre la violencia obstétrica como violencia de género y su relación con los procesos de patologización del parto de bajo riesgo desde un enfoque que toma como perspectiva teórica a la teoría feminista y a la perspectiva de género como categoría de análisis. Su estudio hizo foco en las representaciones y experiencias de profesionales de la atención obstétrica hospitalaria: médicos, residentes.

En relación a las dificultades para percibir y erradicar esta forma de violencia, Arguedas Ramírez propone la noción de *poder obstétrico* para explicar la persistencia de la violencia obstétrica cuya función es el control y la opresión. La violencia obstétrica constituye un mecanismo de control y opresión que deriva del ejercicio de este tipo específico de poder. El cuerpo sexuado en este sentido es un cuerpo construido desde un poder disciplinario que lo moldea y lo subyuga a determinado régimen de inteligibilidad. En el caso de las mujeres en sociedades modernas una gran parte de ese formateo se realiza a través del *poder obstétrico* (2014:147)

En esta línea, Fornes reconoce que el acceso a la atención sanitaria, “antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación” (2011:135).

*Violencia obstétrica y desigualdades sociales: la interseccionalidad*

La investigación de Cecilia Canevari (2011) tiene como objetivo analizar las relaciones de poder entre las mujeres que asisten en una

maternidad pública y los agentes de salud estatales. El objeto de estudio se centra en las relaciones de asimetría, las expresiones de violencia sobre los cuerpos y los derechos vulnerados en un contexto social caracterizado por una enorme desigualdad. Dicho trabajo revela la vigencia de las prácticas de crueldad sobre la población de mujeres que concurre al hospital. Prácticas que van desde la no información acerca de los procedimientos médicos, la prohibición de ser acompañadas, la *im-posición*<sup>14</sup> horizontal como obligatoria, la inmovilidad en el trabajo de parto, el abuso de procedimientos y medicación, el trato es humillante, hasta la exposición de los cuerpos en las clases de anatomía sin contar con el consentimiento de las mujeres. La investigación revela que los malos tratos y violencia asumen su máxima expresión cuando las mujeres llegan con un aborto incompleto. Este hecho permite visualizar el nexo que conecta la violencia obstétrica en el parto con otras situaciones obstétricas como el aborto. También porque habilita a pensar en la violencia ginecológica que forma parte de las experiencias cotidianas de las mujeres en la atención de su salud sexual. En los casos de concurrencia por aborto, tanto espontáneo como provocado, las violencias van desde la espera prolongada, el interrogatorio policial y en los casos más extremos la realización de procedimientos quirúrgicos como el legrado sin anestesia con la clara intención de castigar corporalmente a las mujeres (Canevari, 2011). En el marco de este texto, los datos proporcionados por las entrevistas y grupos focales realizados a los profesionales de la salud permiten visualizar algunas las justificaciones que conllevan el sello de la estigmatización de las mujeres pobres, las cuales son percibidas bajo los rasgos predominantes de la desidia y la ignorancia.

#### *La enseñanza de la obstetricia y la naturalización de la violencia obstétrica*

Unos de los núcleos temáticos que aparecen en varios de los trabajos de investigación relevados es el tema de la enseñanza de la medicina como factor protagónico en la naturalización de las violencias.

---

<sup>14</sup> Textual de Canevari (2011)

Dan cuenta de este aspecto los estudios ya citados que se encuadran desde la mirada decolonial (Quiroz, 2016; Canevari, 2011; Arguedas Ramírez, 2014); otras investigaciones doctorales relevadas (Canevari, 2017; Castrillo, 2019) y el análisis sociológico inspirado en Bourdieu que realizaron Castro y Erviti (2015).

La hipótesis que proponen Castro y Erviti (2015) es que la violación de derechos reproductivos es “un efecto de la estructura de poder del *campo médico*<sup>15</sup> y de la *lógica-práctica* que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios, así como de la manera en que dicho *habitus* profesional se articula con el *habitus* de las usuarias. La cuestión, desde luego, es dilucidar sistemáticamente el vínculo entre este campo y estos *habitus*” (Castro y Erviti, 2015: 28). Y dado que “el *habitus* médico se gesta desde los años de formación en las escuelas y facultades de medicina, sobre todo a partir del *currículum* oculto, *habitus* que después será una de las claves del autoritarismo al que estos profesionales propenden durante su práctica profesional (Castro y Erviti, 2015:31). Las mujeres que son atendidas en hospitales escuela son consideradas como objeto de enseñanza-aprendizaje y por lo tanto no se toma en cuenta aspectos sensibles como la intimidad y el pudor. Así, sobre sus genitales se realizan cantidad de tactos y las prácticas que sean necesarias para el aprendizaje de una cohorte en formación. Los cuerpos son exhibidos como si se tratase de un maniquí o como si fueran un mapa.

Desde las investigaciones relevadas (Canevari, 2011-2017, Castrillo, 2019, Yáñez, 2015) se insiste en la necesidad impostergable de revisar la formación profesional y los contenidos curriculares vigentes para el logro de una transformación de la praxis obstétrica acorde al marco jurídico vigente y al respeto de una fisiología sistemáticamente vulnerada.

---

<sup>15</sup> En itálica en el original.

## *Transformaciones y agencia*

Celeste Jerez (2015, 2017, 2018) identifica la diversidad de actores y las paradojas del “ideario de la humanización del parto” (Tornquist, 2003) y analiza las características de dos grupos de activistas. El primero, conformado por mujeres urbanas y profesionales de clase media que dirigen sus acciones dentro de su grupo social y que utilizan las redes sociales como medio de comunicación y activismo. En este grupo la idea del parto domiciliario está muy presente y constituye una práctica frecuente, considerada una de las estrategias privilegiadas de resistencia frente a la violencia obstétrica.

El otro grupo de activistas también está conformado por mujeres de sectores medios con experiencias personales de violencia obstétrica, pero su activismo se dirige a la difusión de los derechos sexuales y (no) reproductivos en grupos de mujeres de una de la Villa 21-24 a partir del acompañamiento y la formación de líderes comunitarias barriales. Los trabajos de Jerez nos permiten visualizar la existencia de diferentes tipos de estrategias y acciones, aunque siempre mediadas por la posición de clase.

La tesis doctoral de Belén Castrillo (2019) se titula “Hacer partos y parir”. Ya desde la instancia del título plantea la oposición de concepciones antagónicas: una decididamente intervencionista que concibe al cuerpo en situación de parto como un objeto inerte sobre que se deberá intervenir y la otra donde ese cuerpo, como en la pregunta de Spinoza<sup>16</sup>, nos demuestra hasta dónde es capaz de ser potente.

Tanto en esta investigación como en sus otros trabajos (Castrillo, 2018; 2019b; 2020) la autora aborda el análisis de los documentos,

---

<sup>16</sup> De ahí la fuerza de la pregunta de Spinoza: *¿qué puede un cuerpo?*, ¿de qué afectos es capaz? Los afectos son devenires: unas veces nos debilitan, en la medida en que disminuyen nuestra potencia de obrar y descomponen nuestras relaciones (tristeza), y otras nos hacen más fuertes, en la medida en que aumenta nuestra potencia y nos hacen entrar en un individuo más amplio o superior (alegría). Spinoza no cesa de asombrarse del cuerpo. No se asombra de tener un cuerpo, sino de lo que puede el cuerpo. Gilles Deleuze y Claire Parnet, *Diálogos*, Pre-textos, Valencia, 1980, pp. 69-72.

protocolos, legislación e informes, como así también los ciberactivismos relacionados con el ideario de la humanización. Resulta de particular interés para el objeto de la presente tesis, su artículo en el cual analiza el informe de la relatora especial de las Naciones Unidas sobre violencia obstétrica publicado en julio de 2019 (Castrillo, 2020).

Sabrina Yáñez (2015) analiza la regulación que la experiencia de la maternidad sufre a partir de las intervenciones de las instituciones de salud. Inspirada en la obra de Adrienne Rich “La maternidad como Experiencia” el eje de su investigación profundiza en la tensión entre la maternidad como experiencia y la maternidad como institución.

Otra propuesta interesante surge del texto Parto Planificado en Domicilio como práctica de *cuidanía* (Greco y otrxs, 2019). El trabajo analiza desde de una perspectiva cuali-cuantitativa el modelo de PPD -Parto Planificado en Domicilio- como una práctica en la que se congregan los cuidados y ciudadanía. Así de este cruce terminológico surge la *cuidanía* como un modelo social, político y jurídico pasible de ser construido a partir de prácticas sostenibles de cuidado. El análisis cuantitativo se basa en un relevamiento sobre nacimientos realizados en la modalidad PPD en Argentina entre los años 2000 y 2018, mientras que el análisis cualitativo se sustenta a partir del trabajo interpretativo de las narrativas de dos mujeres - coautoras del artículo. Se destaca que en los casos de PPD estudiados predomina la construcción vincular de una lógica de “cuidados”, siendo poco significativo el índice registrado de prácticas de violencia obstétrica.

En esta línea de discusión sobre el tema podemos ubicar la reciente publicación de Esther Vivas “Mamá desobediente: una mirada feminista sobre la maternidad” (2020) que se propone como contribución crítica a la construcción de la maternidad desde una perspectiva feminista, apelando a la desobediencia de lo establecido por el sistema. A partir de una mirada crítica a los esencialismos e idealismos, el texto invita a mirar las contribuciones históricas, sociales, económicas y políticas de la maternidad

con un enfoque superador de los binarismos antagónicos que caracterizan la relación tensa y conflictiva entre maternidad y feminismo.

### ***Principales áreas de controversia***

Las principales áreas de controversia que presenta la bibliografía específica y las investigaciones consultadas sobre el tema giran en torno a las tensiones entre los diferentes idearios de la humanización, derechos sexuales y (no) reproductivos, las propuestas de humanización del parto y entre las nuevas normatividades y los neo-esencialismos. A partir de la revisión de los antecedentes, surgen nuevas preguntas que orientaron y profundizaron la presente investigación.

### ***Tensiones entre diferentes idearios de la humanización***

Según la bibliografía relevada para esta investigación, en la Argentina actual, existen diferentes modelos de atención del nacimiento que coinciden, con ciertos márgenes de variabilidad, con el esquema propuesto por Davis Floyd (1993). También al interior del movimiento por la humanización del parto existe una diversidad de actores y posiciones con puntos de contacto y acuerdo y zonas de conflicto y tensión.

Entre los puntos de acuerdo hay coincidencia en considerar el proceso de embarazo, parto y puerperio como conjunto de experiencias vitales y saludables cuya variabilidad en cuanto a tiempos, posiciones, selección de acompañantes, lugar elegido para el nacimiento y gestualidad que deben ser respetados.

Las propuestas de humanización se orientan hacia el rechazo de la medicalización y tecnificación del nacimiento, el respeto de las personas como sujetas de derecho y el reconocimiento del protagonismo tanto de la gestante como del o la recién nacido/a (Fornes, 2010:5). Una de las tensiones centrales dentro del ámbito de la humanización del parto se da a partir de la presencia de posiciones “esencialistas” que se apoyan en ideas

relativas a lo instintivo, el ser mamíferos, la cuestión animal, la biología como entidad autónoma y las fuerzas de la naturaleza. Mientras que para algunos grupos el ideal es el parto domiciliario, para otros “los partos en casa se consideran un signo de retraso, de irresponsabilidad o de pobreza y la figura de la partera es, para una gran mayoría, un signo de lo rural, de lo premoderno, contrario a lo ciudadano y lo civilizado” (Arguedas, 2014:157).

El debate por la humanización también se da entre quienes sostienen que la transformación debe realizarse desde dentro de las instituciones de salud oficial, superando al modelo médico hegemónico (Campiglia, 2017) y sosteniendo la garantía de derechos que posibilita el acceso a los servicios públicos de salud.

Las propuestas desde esta perspectiva nos hablan de devolver a las mujeres el protagonismo perdido y “restituir el carácter subjetivo a la escena del parto” (Campiglia, 2017). La atención humanizada, desde una perspectiva hospitalaria, no requiere de mayor infraestructura y tiene una buena relación costo beneficio. Además, se basa en protocolos científicos que demuestran la ineficacia de los procedimientos invasivos e innecesarios.

En las investigaciones citadas se presentan las propuestas de humanización “desde adentro” como una alternativa interesante, pero que requiere de un enorme esfuerzo transformador. Hasta el momento son experiencias focalizadas y excepcionales como es el caso de las Maternidades Seguras Centradas en la Familia entre las que se encuentra la Maternidad Estela de Carlotto de la localidad de Moreno, Provincia de Buenos Aires.

Celeste Jeréz (2017) siguiendo el esquema del “Ideario de la Humanización”<sup>17</sup> propuesto por Carmen Tornquist (2003) describe y analiza

---

<sup>17</sup> El “Ideario de la Humanización” es el conjunto de valores, conceptos y prácticas que se proponen como base para la humanización del parto. Los mismos se presentan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y en las distintas normativas y protocolos vigentes sobre los que se apoyan diferentes actores institucionales (Tornquist, 2003).

los siete idearios presentes en el territorio de la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana. Estos idearios van desde la atención basada en la evidencia científica; la incorporación de la perspectiva de derechos humanos -leyes de parto humanizado y de protección de las violencias contra las mujeres- los diseños de políticas públicas, como la iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF); la revalorización de las parteras; valorar la optimización de costos-beneficios que implica la atención no intervencionista; respetar las libertades individuales a la hora de elegir cómo parir y reconocer el derecho al alivio del dolor (Jerez, 2017:12).

La clasificación realizada por Jerez en su trabajo etnográfico da cuenta de la complejidad que caracteriza al movimiento por la humanización del parto. La humanización emerge como un significante complejo con múltiples significados, a veces contrapuestos y en tensión.

Felitti y Abdala (2018) analizan dos de estos “idearios” de atención del parto humanizado. Uno que comprende las acciones de grupos de la sociedad civil - asociaciones de parteras y doulas- y otra que responde al ideario de la salud pública y que se basa en la experiencia de la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto. En el primer caso, el recorrido por grupos de la sociedad civil como doulas y asociaciones de parteras, se encuentran con las características del “modelo holístico” tal como lo describe Davis Floyd (1993).

En este sentido, la escritora y periodista Esther Vivas (2020) propone pensar que el parto domiciliario, no cubierto por la seguridad social ni por el sistema prepago de salud, también vulnera los derechos de las familias que deben pagar de forma particular la atención obstétrica domiciliaria para protegerse de posible violencias y riesgos institucionales, lo cual demuestra una retirada de la responsabilidad del Estado en materia reproductiva. Otras interpretaciones, como la de Celeste Jerez (2017) ponen en tensión los servicios públicos con las ofertas de mercado del parto domiciliario como factor asociado a las desigualdades sociales.

### *La tensión entre Derechos Sexuales y (no) Reproductivos y la humanización del parto*

La tensión entre los derechos sexuales y la humanización del nacimiento constituye un punto de controversias importante en la bibliografía sobre el tema. En esta tensión se yuxtaponen posiciones contradictorias en torno a la maternidad como elección o como mandato, entre el derecho a decidir sobre el cuerpo relacionado con la anticoncepción y con el aborto, pero también con el derecho a decidir cómo y dónde parir (Fornes, 2011; Felitti, 2014; Yáñez, 2015; Castrillo, 2019; Jerez, 2017; Vivas, 2020). De estas tensiones surge un campo conflictivo que resulta muy interesante para analizar los imaginarios y las políticas sobre los cuerpos y para desentrañar los supuestos que condicionan las representaciones y las prácticas sobre maternidad, parto, nacimientos y sexualidad.

En la revisión bibliográfica también se detecta la diversidad de posiciones dentro del feminismo en relación a la maternidad. Una de las discusiones centrales se da entre los feminismos de la diferencia y los de la igualdad, es decir entre posiciones que son esencialistas y otras que cuestionan los determinismos, incluso los de la biología.

También existen zonas de conflicto conceptual-epistémico y político en torno a las definiciones de humanización, naturaleza, fisiología. Los trabajos de investigación recorridos reconocen que gran parte de los obstáculos para el cumplimiento de los derechos asistidos por las leyes de parto respetado (Ley 25.929) y la de protección integral de las violencias contra las mujeres (Ley 26.485) tienen su origen en este debate y en la problematización de la maternidad como elemento constitutivo e imprescindible de la sexualidad femenina, que como consecuencia derivó en una relativa indiferencia sobre las cuestiones relacionadas con la maternidad, en especial desde las posiciones feministas que se centraron en

la lucha por legalización del aborto.

Como señala Valeria Fornes ese “momento aparentemente efímero en la vida de una mujer condensa el entramado de relaciones y desigualdades de toda una sociedad, hacer visible e inteligible la violencia de género en el parto, permite problematizar y desnaturalizar las representaciones y prácticas relativas a la mujer, no sólo en el saber-poder obstétrico sino en la conceptualización que tiene nuestra cultura de las mujeres que decidieron ser (también) madres” (2011:150)

Tanto Felitti (2011) como Yáñez (2015) y Vivas (2020) sostienen que entre la institución de la maternidad y la libertad de decisión podemos encontrar puntos de contacto y relaciones de continuidad no evidentes en las que se interceptan la violencia obstétrica y la penalización del aborto ya que en ambos casos se ejerce una acción punitiva sobre las mujeres.

Castrillo propone considerar el derecho al parto respetado como un punto de articulación del conjunto de los derechos sexuales y reproductivos, que debería integrarse en los contenidos difundidos por el Programa de Educación Sexual Integral en todos los niveles educativos, para aportar a la deconstrucción estructural y colectiva de la imagen del parto estereotipado. Esta inclusión en la Educación Sexual Integral habilitaría a la construcción de maneras diversas de pensar-sentir los procesos de embarazo, parto y puerperio como hechos que se relacionan con una dimensión placentera y gozosa de la sexualidad (Castrillo, 2019:301).

### *La tensión entre nuevas normatividades y neo-esencialismos*

Diversas autoras coinciden en señalar la emergencia de nuevas normatividades en las propuestas contrahegemónicas (Fornes, 2010, 2011; Yáñez, 2015; Felitti, 2018; Castrillo, 2019). Estas nuevas normatividades se detectan tanto en los cursos de formación de acompañantes -doulas- como en espacios de preparación para el parto. En estos cursos pareciera imponerse como único y verdadero el modelo holístico, reproduciendo una

situación de jerarquía inversa respecto de las mujeres y de propuestas dogmáticas que dejan poco margen al ejercicio de la autonomía lo cual termina por imponer un nuevo maternalismo sin considerar los deseos y la diversidad de situaciones involucradas (Castrillo, 2019:156).

Las alusiones a lo “natural”, a lo instintivo, al ser mamíferos, a la importancia de la intuición, del autoconocimiento, los aspectos místicos como la femineidad sagrada y del empoderamiento, son algunos de los pilares sobre los que se sostienen las nuevas normatividades. Así, algunas propuestas de atención alternativa, como versiones del enfoque holístico que esgrimen argumentos esencialistas sobre lo femenino y la maternidad, refuerzan paradójicamente el orden jerárquico androcéntrico al que se oponen. Las bases epistemológicas de los modelos de atención holística parecen fundarse en la naturalización de las diferencias sexuales, reintroduciendo a las mujeres y a lo femenino en el polo de la naturaleza que en el binomio naturaleza/cultura se asume como la posición de inferioridad. Estas perspectivas tienen puntos de contacto con las teorías sobre el instinto materno surgidas a partir del siglo XVIII. El problema conceptual que entraña este imaginario esencialista es la invisibilización de las construcciones sociales de dominio y captura que actúan sobre los cuerpos y la maternidad.

De esta manera, dos modelos de atención antagónicos, el biologicista-medicalizador y el esencialista-sacralizante, comparten fundamentos epistemológicos que refuerzan y sostienen la epistemología binaria basada en los pilares de la diferencia y la desigualdad como engranajes de un orden incuestionable, natural e inmutable.

Al evidenciar el funcionamiento de las nuevas normatividades esencialistas podemos reconocer que la violencia obstétrica puede presentarse también en el ideario humanizador como señalan Tornquist (2003) y Jerez (2015)

Problematizar cómo se concibe lo fisiológico y la naturaleza es un

punto importante para no caer en la trampa del esencialismo. No hay nada en términos de comportamiento humano que sea puramente fisiológico: comer, dormir, evacuar, vivir, amamantar, tener sexo, etc. Se trata de procesos fisiológicos sin duda pero que están anudados de manera indisoluble a lo simbólico. Insistir en este punto resulta indispensable, porque además el pensamiento “naturalista” también es etnocéntrico ya que pareciera suponer que hay sociedades o grupos sociales más “naturales” que otros.

Lo mismo podemos decir respecto de la comprensión del parto planificado en domicilio como práctica política (Fornes, 2011) y la importancia de visualizar los sesgos de clase cuando se hace referencia al empoderamiento de las mujeres a la hora de parir (Jerez, 2015). En este sentido tanto Fornes (2011) como Felitti (2011a y 2011b), Jerez (2015) y Yáñez (2015) expresan preocupación en sus reflexiones frente al avance de concepciones esencialistas que tienen puntos de contacto y continuidades con las posiciones anti-derechos.

### **Marco conceptual, enfoques, teorías. Abordaje teórico-metodológico**

El abordaje teórico-metodológico de esta tesis se inspira en los aportes de la antropología social considerada en un sentido amplio y diverso, ya que tanto desde la antropología simbólica como desde las corrientes materialistas se proponen perspectivas originales y novedosas a través de los cuales mirar un artefacto tan cotidiano y naturalizado.

Así, desde la antropología se pueden descubrir las ritualidades veladas por la aceptación y los procesos de enculturación en los que estamos indefectiblemente atrapados, inmersos. Particularmente, a través del procedimiento de extrañamiento y familiarización, propio del método etnográfico, cuyas implicancias teórico-metodológicas describe Da Matta en *Anthropological Blues* (1999)

La antropología simbólica a partir de la identificación de los ritos

como marcas de transformación, permite considerar al nacimiento como un rito de pasaje cuya función es protagónica en la reproducción de los sistemas sociales (Turner, 1969/1995). A partir de estos conceptos se puede objetivar la ritualidad de las interacciones que orientan las ceremonias, los protocolos y rutinas descritas tal como nos propone el interaccionismo simbólico (Goffman, 1977/2001). Estas ritualidades operan con eficacia tanto en los niveles micro como macro sociales, y es posible detectarlas entre los hallazgos y discusiones en el campo de las relaciones entre división sexual del trabajo, estructuras de parentesco, el vínculo entre producción y reproducción y la construcción de la heteronorma (Meillassoux, 1975; Lévi-Strauss, 1986; Heritier, 2007; Rubin, 1968; Bourdieu, 2000; Segato, 2003) como así también desde quienes analizan la relación entre cuerpo, ciencia y poder (Foucault, 1963; Latour, 2004; Le Breton, 2018; Roca, 2019).

Por otra parte, consideramos imprescindible tomar en consideración los aportes de Michel Foucault (1978, 1980) acerca del surgimiento de las técnicas disciplinarias sobre el cuerpo: la anatomopolítica y la biopolítica como dispositivos disciplinarios, aplicadas una al cuerpo y la segunda a la población, como rasgos sobresalientes de la modernidad.

Asimismo, la articulación de los conceptos de anatomopolítica y biopolítica con el concepto de necropolítica propuesto por uno de sus discípulos, Aquilino Mbembé (2011) permite comprender la unidad del proyecto bio-necro-político como sistema que atraviesa los procesos de control moderno sobre la vida y su relación íntima con el diseño eugenésico de las poblaciones, con la explotación y la naturalización de las violencias.

En sintonía con este dispositivo, la noción de colonialidad (Quijano, 2000; Mignolo, 2000; Dussel, 2004; Lugones, 2008, De Sousa Santos, 2010) complejiza y enriquece concepto la mirada sobre las relaciones entre ciencia, poder y legitimidad de saberes en contraste con los procesos de vaciamiento, desacreditación y pérdida de autonomía

epistémica de los colectivos sociales no hegemónicos.

En sintonía con la propuesta decolonial encontramos pertinente incluir en la discusión teórica la relación entre cuerpo, poder, sexo y acumulación propuestas por corrientes críticas del feminismo (Mies y Shiva, 1998; Federici, 2015) que se centran en el estudio de las continuidades entre los procesos de apropiación sobre cuerpos y sobre los territorios a partir de detectar la importancia que estas apropiaciones cobran para la legitimación de un sistema acumulación por expropiación. Los mecanismos que dotan de eficacia simbólica la apropiación tienen que ver con la instalación de mecanismos violencia que funcionan como lenguaje expresivo de dominación y que privilegian como objetivo el cuerpo de las mujeres tal como expone Rita Segato en varias de sus obras (Segato, 2003; 2016, 2018).

La medicalización del nacimiento y la sexualidad pueden ser entendidos como mecanismos de control disciplinario y biopolítico (Foucault, 1992). Pero también pueden ser considerados como procesos de “cercamiento” sobre los cuerpos-saberes y sobre los grupos de mujeres organizadas, proceso que se presenta como una continuidad con el cercamiento de las tierras característico de la etapa de la acumulación originaria del capital (Federici, 2015) y también como acto simbólico propio de los rituales de marcación de la diferencia sexual, en los que la aplicación de marcas de género tatúan el cuerpo con determinadas cicatrices para establecer un sistema de jerarquías sociales determinado (Fornes, 2009).

Estamos ante una situación fisiológica singular que revela su condición de hecho social total (Mauss, 1991; Levi-Strauss, 1991) ya que se despliega como una importante escena fundante implicada en la construcción no solo del cuerpo sino también de categorías sociales específicas en las que la marcación de la diferencia sexual es protagónica porque además se actualiza la red significativa binaria de la razón moderna. El mundo simbólico resultante se establece a partir del inter-juego

estructural de los dualismos masculino/femenino y cultura/naturaleza, característicos de la episteme colonial y moderna (Roca, 2018)

La relación de correspondencia entre cuerpo – fertilidad – tierra que expresa las relaciones carnales entre producción y reproducción, es abordada por María Mies y Vandana Shiva en su obra *La Praxis del Ecofeminismo: Biotecnología, Consumo y Reproducción* (1997) en la que comparan los procesos de producción industrializada de la agricultura con la tecnificación de la reproducción humana. En ambos casos la utilización de la tecnología tiene consecuencias negativas para la diversidad biológica, sexual y cultural. Se trata de una tecnología subsumida a la generación de excedentes, al incremento de la acumulación de capital como objetivo central. Las autoras se proponen develar el nexo que une la pérdida de la biodiversidad en la producción de alimentos con las políticas de homogeneización poblacional (eugenesia) y la estandarización de procedimientos relativos a la reproducción y la fertilidad, el envenenamiento de cuerpos y tierras y las consecuencias de la biotecnología en relación con la naturaleza, los seres vivos y la sociedad.

Esta preocupación por las implicancias de la biotecnología sobre naturaleza y sociedad se puede rastrear en el campo de las diversas luchas políticas emergentes desde los años 60 del siglo XX que van desde las reivindicaciones de pueblos campesinos e indígenas hasta las acciones y manifiestos políticos como los de las Zorras Rojas alemanas.<sup>18</sup>

Desde estas propuestas se puede visibilizar la línea poderosa pero invisible que une los ámbitos de la producción con los reproductivos en una

---

<sup>18</sup> “Rote Zora” o «Zorras Rojas» en castellano, fue un grupo de lucha armada de lesbianas y mujeres que se dió a conocer por primera vez en 1977 con un ataque a la Cámara Federal Alemana de Médicos. Aunque ésta no era su primera acción, dado que en 1975 ya habían puesto una bomba en el Tribunal Constitucional, llamándose por aquel entonces «las mujeres de las RZ1». En el texto «Cada corazón es una bomba de relojería» explican esta militancia. Ambas acciones estaban relacionadas con la campaña por la despenalización del aborto que aglutinaba a gran parte del movimiento feminista alemán de entonces. Durante casi 20 años Rote Zora llevó a cabo numerosas acciones en apoyo a diferentes luchas feministas. La última acción de Rote Zora tuvo lugar en 1994. En 1996 anunció su disolución. ¡Ninguna Rote Zora ha estado en la cárcel ni un día!” (Rote Zora, 2012:9)

trama en la que se vinculan las formas de nacer con las de producir alimentos en la que los procesos vinculados a la supervivencia se tensionan entre la cosificación propia de la mercancía o la reivindicación de soberanía. Este proceso de anudamiento entre la producción y la reproducción permite evidenciar como cuerpos, fertilidad y tecnología emergen articulados en una trama de significaciones que integra partes y elementos aparentemente inconexos en un esquema epistemológico en la cual los cuerpos con útero ocupan un lugar relevante. Preciado lo explicita magistralmente cuando escribe: “En la epistemología somática de occidente, el cuerpo de las mujeres contiene dentro de sí un espacio público, cuya jurisdicción se disputan no sólo los poderes religiosos y políticos, sino también las industrias médicas, farmacéuticas y agroalimentarias” (Preciado, 2019:92)

Es en este punto en dónde podemos integrar conceptualmente los aportes de la antropología simbólica (marcas, cicatrices, rituales y reproducción social) y la antropología económica desde la interpretación de Meillassoux, con la idea de cercamiento sobre cuerpos y territorios que propone Federici (2015). Siguiendo esta primera articulación también podemos integrar los conceptos de “colonialidad del saber-poder” y los de anatomo-bio-necro-política siguiendo a Foucault y Mbembé para dotar de sentido los modelos de atención y significación del parto que se configuran en la modernidad y cuya hegemonía permanece vigente.

Por último, también es pertinente considerar los aportes de la antropología médica a partir de los desarrollos teóricos de Eduardo Menéndez (1992) que identifican las características del Modelo Médico Hegemónico y su eficacia como dispositivo biopolítico contemporáneo también forman parte de este cuerpo conceptual con el que nos disponemos a mirar la atención obstétrica actual

### *Cuerpo y nacimiento como construcción social*

La antropología de la reproducción tanto en su primera etapa (entre fines de 1960 y principios de los años 70) utilizó el concepto de “rito de

pasaje” como dispositivo para describir, analizar e interpretar el nacimiento como construcción social. La utilización de esta herramienta conceptual se relaciona con los orígenes de la antropología como disciplina científica. Fue utilizado por primera vez por Van Gennep<sup>19</sup> a principios del siglo XIX para graficar los cambios de estado social que marcan la vida tanto a nivel personal como colectivo. Van Gennep estandarizó los momentos del rito de pasaje en tres etapas bien diferenciadas: separación, transición o liminalidad y regreso o incorporación. El concepto de rito de pasaje es central para la antropología simbólica y es una clave analítica en las obras de autores como Víctor Turner (1967), Edmund Leach (1976) y Mary Douglas (1966) entre otros. Cada etapa del rito de pasaje se caracteriza por presentar rasgos específicos. Así, la primera de ellas, en la etapa de separación aparecen tipificados rasgos rituales relacionados con marcas que implican rotura, desgarros, cortes, desnudez, rasurado. Se trata de acciones rituales que preparan para la entrada a la situación de aislamiento. Luego, en la etapa de aislamiento tiene lugar una iniciación en aspectos secretos o mágicos en la que la persona trasmuta su identidad (cambio de nombre o de estado) para luego entrar en la tercera etapa que es la de retorno a la vida social a la que se regresa transformado. Los cortes rituales sobre los cuerpos cumplen con una función simbólica que marca el proceso de transformación personal y social como consecuencia del paso de un estado o etapa de la vida a otro. Los elementos simbólicos en los rituales se organizan en lenguajes complejos que incluyen además de lo que se dice y lo que se hace a los objetos que se utilizan, las vestimentas de los participantes y los espacios dónde suceden los hechos como elementos integrantes de los sistemas de representación de la realidad. El símbolo, como el fonema, constituye una estructura elemental significativa en el contexto ritual (Turner, [1980] 1999: 22) y su organización en el lenguaje ritual nos informa sobre el procesamiento que una sociedad realiza sobre las situaciones que implican transformaciones notables.

---

<sup>19</sup> Arnold Van Gennep (1875-1957) fue un etnógrafo y antropólogo francés. Su obra “Los ritos de paso”, publicada en 1909 y centrada en el estudio de las religiones comparadas, fue considerada un hito en el campo de la antropología y de las ciencias sociales.

El interaccionismo simbólico retoma este esquema conceptual para comprender la actualización de la comunicación mediada por símbolos en contextos institucionales de las sociedades contemporáneas, modernas y tecnológicas. Se describe, así como las interacciones sociales se producen constantemente movilizándolo sentidos y como lo que se actúa responde a patrones y códigos culturalmente establecidos en los que se ponen en juego el espacio, la vestimenta, la gestualidad, los objetos y mobiliario, los deseos y las necesidades. Para que el sistema de representación de lo real funcione y tenga eficacia es necesario que quienes participan creen o actúen que creen en lo que están haciendo (Goffman, 2001).

Como nos enseña la antropología simbólica además de señalar una transformación, los rituales están implicados en la reproducción del sistema social ya que cada vez que se realizan se legitiman y actualizan las estructuras de poder vigentes en un grupo social determinado. Esta función permite entender la persistencia de ciertas prácticas, en este caso las obstétricas, que son cuestionadas desde el campo científico (medicina basada en la evidencia, antropología de la reproducción) tales como por ejemplo la posición decúbito o litotómica<sup>20</sup>, la realización de cortes en la vulva (episiotomías), la estimulación con hormonas sintéticas, la maniobra de presión uterina (Kristeller), entre otros procedimientos, que siguen aún hoy se presentan como protocolos incuestionables y que como vimos en el capítulo uno tienen una inscripción histórica y una relación con la entrada de la obstetricia en el campo médico.

Las etnografías del nacimiento revelaron la concepción dicotómica que subyace a las intervenciones sobre los cuerpos, expresadas en las polaridades: naturaleza/cultura, salud/enfermedad, biología/sociedad, femenino/masculino. Esta concepción dicotómica es propia del sesgo “colonizador” del saber-poder médico que se posiciona como conocimiento supremo y de carácter civilizador. En este paradigma los procesos

---

<sup>20</sup> La posición horizontal o litotómica además de complicar el desarrollo del parto necesitan de técnicas que implican riesgos y secuelas.

fisiológicos del parto se construyen a partir del riesgo, del dolor, de lo impredecible y de la incertidumbre, lo cual justifica la aplicación de toda una serie de intervenciones que se realizan rutinariamente, aunque no sean necesarias y puedan provocar daños severos.

Por otra parte, algunos de los trabajos de investigación de la antropología de la reproducción permiten entender la construcción del embarazo-parto y puerperio como procesos patológicos que a su vez remiten a una concepción patologizante del cuerpo femenino. Rich (1976), Ehrenreich y English (1981, 1990), Davis Floyd (1996) y Martín (1987) muestran como la ginecología y la obstetricia, se construyen a partir de una concepción defectuosa o patológica del cuerpo femenino. La tecnificación de la medicina profundiza esta concepción, pero además dota de autonomía y protagonismo al feto en detrimento de la gestante que se convierte en entorno, contexto o continente, pasando a un plano secundario. Así es posible constatar, cómo el uso del fórceps a partir del siglo XVIII constituye la piedra basal en el proceso de escisión corporal que implica la subalternidad de la gestante al feto. La tecnificación se presenta como un conjunto de herramientas para el cuidado del proceso cuando en realidad este modelo privilegia la primacía del feto por sobre la gestante como así también responde a intereses ajenos a la fisiología del parto tales como la circulación del poder institucional, el prestigio médico y los intereses de las farmacéuticas, entre otras externalidades (Blázquez, 2005).

Como señala Le Breton, cualquier relación con el cuerpo es el resultado de una construcción social ya que el cuerpo funciona como una interfaz entre lo individual y lo social, la naturaleza y la cultura, la fisiología y lo simbólico (2018:140-141)

El embarazo y el parto entendidos como ritos de pasaje tienen una doble inscripción ya que se trata de un proceso personal pero también colectivo en el que el cuerpo gestante como construcción social situada y específica se convierte en el elemento central. El cuerpo gestante emerge

entonces como el anclaje físico de un determinado campo simbólico.

La cuestión del control político de la corporalidad es central en la obra de Michel Foucault. La mirada foucaultiana se va a enfocar en los modos y dispositivos difusos de control sobre los cuerpos que operan en dos niveles: como anatomo-política en el nivel molecular de lo corporal individual y como biopolítica a nivel del conjunto poblacional (Foucault, 1976)

En el parto como rito de pasaje el cuerpo gestante emerge como ese espacio de significación doble en el que confluyen lo anatómico y la población, es decir las formas de control y construcción social tanto de los cuerpos como de las sociedades.

#### *La diferencia sexual y la matriz simbólica*

La antropología desde sus inicios como disciplina científica encontró que la diferencia sexual es una construcción eminentemente social, es decir que no tiene un fundamento biológico o natural. Por lo tanto, como construcción social es resultado de una operación política y simbólica sobre los cuerpos cuya consecuencia primordial es la invención de un esquema simbólico binario en el cual lo femenino es subordinado a lo masculino. Esta subordinación permitió el control sobre la fertilidad a partir de la circulación de las mujeres como objetos reproductivos.

Esta maniobra político-simbólica que está presente en gran parte de las sociedades conocidas, en especial en aquellas que se organizan a partir de las relaciones de parentesco (Meillassoux, 1974/2001; Rubin, 1976/1986; Bourdieu, 2000; Segato, 2003; Heritier, 2007)

Como revelan los estudios etnográficos y sociológicos mencionados, la inferiorización social de las mujeres y de lo femenino constituye una estructura elemental en la constitución social. Así se interpreta que todas las categorías sociales derivadas de esta estructura elemental responden a un esquema simbólico binario y jerárquico que se

replican a partir de una clasificación primaria de la oposición masculino / femenino (Segato, 2003; Hercovich, 2016; Heritier, 2007; Bourdieu, 2000). Las diferencias sexuales, o el sistema “Sexo/Género” (Rubin, 1986) son entonces operaciones construidas y transmitidas en los espacios de socialización primaria y luego multiplicadas en cada espacio institucional de la vida social.

Gayle Rubin (1976/1986) en su ensayo *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política del sexo”*, intercepta las perspectivas de Marx, Levi-Strauss y Freud para analizar las relaciones que producen la opresión de las mujeres. Rubin halla la clave para desentrañar esas relaciones productoras de opresión en las obras de Freud y de Lévi-Strauss ya que la domesticación de las mujeres está registrada ampliamente en ambos autores. En dichas obras se mapean los sistemas sociales que transforman a las mujeres en materia prima en el mismo proceso bajo el cual se las domestica y modela. Rubin denomina a este proceso como “sistema sexo-género” ya que se trata de un sistema que reúne el conjunto de disposiciones a través de las cuales una sociedad determinada transforma la sexualidad biológica en actividad humana para satisfacer las necesidades de supervivencia, reproducción, cuidados y placer (Rubin, 1986:59)

#### *La construcción androcéntrica del mundo*

El orden social funciona como una “máquina simbólica de ratificación de la dominación masculina” (Bourdieu, 2000:11) que se apoya en la división sexual del trabajo, de los espacios y de la vida. La desigualdad sexual es entonces el resultado de una “somatización de las relaciones de dominación” (Bourdieu, 2000:28). Bourdieu, propone mirar este esquema simbólico como una construcción social de dominación en la que la inferioridad política y social de las mujeres tiene su fundamento en su transformación como objeto instrumental de la reproducción física. La prohibición del incesto como estructura de regulación del intercambio de mujeres con fines matrimoniales, oculta la dimensión política de esas

transacciones, y responde a esta visión androcéntrica que reduce lo femenino a objeto de cambio. En todas las sociedades, incluidas las urbanas cosmopolitas, se encuentran “permanencias” estructurales de este inconsciente androcéntrico. La dominación masculina constituye un mecanismo que organiza y ordena jerárquicamente todos los espacios sociales bajo esta lógica. Bourdieu explica la vigencia del androcentrismo porque los hábitos que transmiten la visión androcéntrica van más allá del acceso a la educación formal. Se producen cuerpo a cuerpo, por fuera del discurso, a partir del funcionamiento de lo social sexualmente ordenado e históricamente inscripto en un sistema simbólico inconsciente y jerarquizado. La hipótesis de la prohibición del incesto (Levi-Strauss, 1969) generalmente admitida como hito central del pasaje de la naturaleza a la cultura, constituiría esa primera marca fundante de la desigualdad sexual ya que transforma a las mujeres en meros “signos fiduciarios” (Bourdieu, 2000:45) condenadas a circular entre grupos de varones. Así el intercambio de mujeres tiene la finalidad de garantizar la redistribución de recursos (sexuales, materiales y simbólicos) y la reciprocidad entre grupos sociales, mecanismos indispensables para el funcionamiento pacífico de lo social.

#### *La exorbitancia sexual en Heritier y la invención de la naturaleza en Segato*

En su obra *Masculino/Femenino II- Disolver la Jerarquía*, Heritier (2007) propone un interesante esquema simbólico para entender la presencia invariante de la jerarquía como atributo de lo masculino, con matices y singularidades, pero presente en gran parte las sociedades conocidas. A partir de una lectura que combina el análisis estructural de Levi-Strauss con la integración crítica desde una perspectiva feminista, la autora devela la mirada androcéntrica presente en la antropología y permite comprender el funcionamiento de los sistemas de parentesco como lenguaje simbólico sostenido en prácticas políticas de desigualdad sexual que estructuran la circulación de las mujeres y el control de su fecundidad a partir de las reglas matrimoniales y los diversos sistemas de parentesco

La perspectiva de Françoise Heritier (2007) que en algunos puntos coincide con la de Bourdieu, presenta al género como un modelo binario y jerarquizado que organiza, clasifica y ordena el mundo. Pero a diferencia de Bourdieu, Heritier encuentra que el fundamento de la subordinación de las mujeres y de lo femenino es la consecuencia derivada de la “exorbitancia” de la fertilidad femenina. Con “exorbitancia” Heritier se refiere a la particularidad de la fertilidad femenina que permite tanto la replicación de seres idénticos (parir hijas mujeres) como la de los diferentes (parir hijos varones). Esta exorbitancia se profundiza con el hecho de que los varones deben pasar por el cuerpo de las mujeres para obtener linajes masculinos. El control de esta exorbitancia está en la base del intercambio de mujeres como medio de garantizar la prohibición del incesto. Con este argumento, además, la autora devela la mirada androcéntrica de la antropología que describe sin problematizar la estructura y el funcionamiento de los sistemas de parentesco como lenguajes simbólicos inconscientes cuando en realidad se trata de prácticas políticas de inferiorización sexual que permiten la circulación de mujeres y el control de su fecundidad.

Como crítica al planteo de Heritier podemos señalar que en su argumentación la estructura elemental parece derivar de una observación humana sobre una naturaleza ontológicamente binaria. Este argumento produce un razonamiento de tipo tautológico ya que, a partir de la observación del mundo natural, entendido como sexual y binario que se construye el universo simbólico. Y luego la exorbitancia de la fertilidad femenina sería la responsable de la emergencia de lo jerárquico ya tornaría a las mujeres en seres inclasificables, más cercanos a la monstruosidad que a lo humano y por ende sujetos que habría que controlar. Si bien este modelo es atractivo, el recurso a la naturaleza, a la observación del mundo natural como marca del pensamiento, adquiere sin proponérselo un carácter esencialista (Segato, 2003; Viveros Vigoya, 2004)

Segato (2003) resuelve esta tautología al considerar que es el esquema simbólico el que crea tanto al mundo humano como a la

naturaleza. Entonces la naturaleza aparece como discontinua como efecto de nuestra percepción binaria y no a la inversa. El género desde esta perspectiva sería una estructura simbólica elemental de la diferencia jerarquizada que define y recrea permanentemente relaciones de oposición binarizadas incluyendo un tipo de mirada sobre la naturaleza.

Así desde el punto de vista de Segato (2003) los géneros son transcripciones que se producen desde el orden simbólico al orden natural. Es el símbolo el que inventa a la naturaleza y no a la inversa. El orden empírico es fundado por el signo en un gesto rupturista, que no guarda continuidades con el mundo natural. La estructura simbólica se difunde a través de las instituciones que el mismo orden produce. Las estructuras de parentesco son las formas básicas de configuración y reproducción empírica de este orden simbólico. Los géneros no son observables en lo empírico, sino que constituyen el punto de partida, el “registro” desde el que ingresamos a una escena. Los géneros constituyen una trama relacional que expresa y reafirma las relaciones de poder y lo jerárquico (2003:57-58).

Más allá de la crítica al etnocentrismo universalista que se puede encontrarse tanto en las teorizaciones de Bourdieu como de Heritier, la idea de un inconsciente androcéntrico que funciona como organizador de las relaciones sociales, la construcción de jerarquías y los modos de percibir, habitar y entender los cuerpos, la sexualidad y los procesos reproductivos resulta un aporte conceptual imprescindible para comprender y explicar los hallazgos empíricos encontrados durante las entrevistas en el marco de la presente investigación.

*Diferencia sexual y acumulación originaria. El plano material en la trama Producción/Reproducción*

Claude Meillassoux (1975/2001) en *Mujeres, Graneros y Capitales* va a poner el foco en las relaciones no siempre evidentes entre producción y reproducción para analizar el funcionamiento del modo de producción doméstico. En dicha obra el autor relaciona los sistemas productivos con los

reproductivos y encuentra que el papel de las mujeres y la forma en que se regula su circulación depende de cada modo de producción, pero en casi todos conservará un rol de subordinación y dependencia, a excepción de los modos de subsistencia basados en la caza y la recolección. La sociedad doméstica es aquella que unifica los procesos de producción y reproducción. La reproducción social y física de los productores es controlada a partir de la regulación ordenada de los “medios de reproducción” es decir de las mujeres. Este hecho no es ajeno a las sociedades modernas que también descansan en la comunidad doméstica para la reproducción, provisión y el cuidado de las fuerzas de trabajo. De tal modo que, en las sociedades capitalistas actuales, la familia despojada de sus funciones productivas mantiene intactas las funciones reproductivas y por lo tanto las relaciones doméstico-reproductivas constituyen la base orgánica del capitalismo porque es desde ellas que se produce y sostiene el capital humano (Meillassoux, 2001: 9).

Según Meillassoux a partir del surgimiento de sociedades agrícolas aparece el control sobre la fecundidad como un eje central de la organización social y se puede visualizar una línea que articula las relaciones entre la tierra y los cuerpos. Así, las sociedades nómades basadas en la subsistencia por medio de la caza y la recolección mantienen tasas de reproducción más bajas que se adecuan al nomadismo y a la disponibilidad de alimentos. Contrariamente cuando los grupos se tornan sedentarios y el modo de producción agrícola reemplaza a la caza - recolección aparece la necesidad de disponer de más fuerzas de trabajo. Esto se traducirá en una presión reproductiva sobre la fecundidad femenina y se establece una correspondencia entre la presión productiva sobre la tierra y la presión reproductiva sobre los cuerpos de las mujeres. Desde esta perspectiva, el modo de producción configura y determina en el carácter de las relaciones sociales, los tipos de alianzas entre los grupos, la construcción de jerarquías sexuales y el tratamiento de la naturaleza (acceso, producción y circulación de alimentos y de recursos naturales). En su crítica a la etnología, tanto funcionalista como estructuralista, Meillassoux señala que “nada en la

naturaleza explica la división sexual de las tareas, así como tampoco explica instituciones como la conyugalidad, el matrimonio o la filiación paterna. Todas le son infligidas a las mujeres por imposición, todas son, por tanto, hechos de la cultura que deben ser explicados y no servir de explicación” (Meillassoux, 2001:38).

En sintonía con el planteo de Meillassoux, Federici en *Calibán y la Bruja* (2005/2015) documenta y describe cómo el capitalismo desde sus orígenes se apoya en la desigualdad sexual para establecer una nueva red de desigualdades y opresiones. Federici revisa el análisis de la etapa de transición del feudalismo capitalismo tomando como ejes tres puntos: las mujeres, los cuerpos y la acumulación originaria. La autora, demuestra la relación existente entre la violencia contra las mujeres que asume la forma de “caza de brujas” y el surgimiento de una nueva división sexual del trabajo y nuevas formas de control de la sexualidad y la fertilidad. La persecución de las brujas es interpretada como una de las formas de expropiación o “cercamientos” que caracterizan el surgimiento del capitalismo. Los cercamientos sobre las tierras, tanto en Europa como en las colonias también tienen su correlato en los cercamientos sobre el trabajo (trata y explotación esclavista) y sobre los cuerpos (control de la fertilidad, guerra contra las mujeres, desplazamiento y subordinación de las comadronas).

Según Federici estos rasgos, propios del surgimiento del capitalismo, de esa etapa que Marx (1867/2002) denomina de “acumulación originaria”<sup>21</sup> retornan y recrudecen en los períodos de crisis de acumulación / concentración de capital. Así, en cada fase de concentración, incluida la presente, se evidencia ese retorno a las dimensiones más críticas y violentas que caracterizaron el proceso de “acumulación originaria”. Por lo tanto (...)

---

<sup>21</sup> El concepto de “acumulación originaria” es ideado por Marx en el Tomo I del *Capital* para caracterizar el proceso político fundacional que revela las condiciones estructurales que hicieron posible el surgimiento y desarrollo del capitalismo. Esto permite entender cómo el pasado sigue vivo en el presente. Federici lo enriquece al examinarlo desde las transformaciones que la acumulación originaria produce en la posición social de las mujeres y en la producción de las fuerzas de trabajo, es decir de nuevos trabajadores.

“la expulsión de campesinos, la guerra y el saqueo a escala global y la degradación de las mujeres, son las condiciones necesarias para la existencia del capitalismo en cualquier época” (Federici, 2015:24).

Mirar desde esta perspectiva la dicotomía Producción/Reproducción, nos permite descubrir la trama significativa que anuda dos categorías en constante tensión: género y clase social. Se trate de producción o de reproducción, el género no es entonces una construcción meramente cultural, sino una de las formas que revisten las relaciones de clase.

Las violencias desplegadas contra las mujeres recrudecen porque más allá de los avances tecnológicos, los cuerpos femeninos siguen siendo indispensables para la acumulación de trabajo y riqueza. El desarrollo de novedosas e impactantes tecnologías reproductivas muestra de manera cabal esta reducción de los cuerpos femeninos a meros vientres, receptores o donantes.

*La relación cuerpo, ciencia y poder en la construcción médica del nacimiento*

“Los siglos XVII y XVIII no fueron solamente un período de expansión colonial, de tráfico transatlántico y de desarrollo industrial, fueron también los años de un cambio de paradigma en los ámbitos de la biología y la representación anatómica del cuerpo... La diferencia sexual entendida como verdad anatómica deriva de este trabajo de representación moderno” (Preciado, 2018:72).

El control sobre la reproducción de la vida aparece como una de las características principales de la modernidad. Entonces la producción de saberes y tecnologías aplicadas al cuerpo y a la naturaleza en occidente no pueden deslindarse de los tres sesgos que definen su racionalidad, es decir el antropocentrismo, el racismo y el sexismo (Montiel, M y Perez Neira, D: 2013). Como ya señalamos más arriba y en los capítulos anteriores, el surgimiento de la ciencia moderna no puede desvincularse de los procesos de expansión geográfica y conquistas que se producen desde Europa a partir

de fines del siglo XV (Roca, 2018).

Las concepciones sobre el cuerpo y lo anatómico tomarán la impronta cartográfica tanto en la descripción a través del mapeo como en la construcción de fronteras y límites que circunscriben los territorios y la titularidad de sus dominios. El modelo de conocimiento gestado desde esta impronta de conquista y colonización también se caracterizará por opacar y silenciar los saberes subyugados, los de los pueblos conquistados, los salvajes, los no civilizados. Sobre ellos se impondrá un modelo de saber considerado como el único posible y verdadero.

En el siglo XVIII el cuerpo se convierte en uno de los objetos protagónicos de las ciencias naturales y de la medicina. Modernidad, ciencia y cuerpo confluyen en tiempos, modelo y paradigma y la ciencia que erige como el único saber, universal, natural e inmutable. “Las principales características de la ciencia se nos aparecen como inmutables, eternas y universales, desprovistas de todas las dimensiones histórico-culturales y políticas que justamente son las dimensiones que la nutren y la constituyen. La ciencia moderna se inscribe desde su origen en la trama de la expansión colonial (Roca, 2018:48)

La ciencia se va constituyendo como el proyecto por excelencia para controlar lo impredecible de la naturaleza y de la vida social. Esta relación de control de la naturaleza y del mundo como proyecto político queda opacada por la pretensión de objetividad en la que el científico se presenta como un intérprete que descifra el mundo tal cuál es. Este rol, análogo al de “médium” (Roca, 2018) coloca al científico en la cúspide del saber-poder.

Así, el proyecto de control político de los cuerpos y de la naturaleza es uno de los rasgos centrales de la modernidad. El conocimiento científico se nutrirá de las exploraciones de los nuevos mundos naturales descubiertos gracias a la expansión colonial. También va a alimentar el modelo para la revolución industrial del siglo XIX que hará realidad el

sueño mecanicista de la ilustración. El desarrollo tecnológico se va a fundar en la necesidad de controlar la naturaleza a la vez que inventa, imagina y recrea una naturaleza mecanizada. El cuerpo-naturaleza del imaginario moderno es el cuerpo-máquina.

En el plano de la razón moderna lo que prima es la estructuración de un pensamiento construido a partir de esquemas binarios. La eficacia simbólica de los dualismos ontológicos o sistema de pensamiento binario estriba en su capacidad para presentarse como categorías universales y objetivas que ordenan la razón humana y la conducen a su desarrollo y evolución. La supuesta omnipresencia de este esquema binario está presente en la mayor parte de la historia de las ciencias sociales también. La antropología estructural fundada por Levi-Strauss se estableció precisamente a partir de la dualidad naturaleza-cultura y sus interpretaciones permanecen vigentes en determinados marcos conceptuales (Roca, 2018:51) La ciencia moderna tiene la pretensión de descifrar el funcionamiento del cuerpo y del mundo a través de un lenguaje que refleja la verdad sobre las cosas. Bajo la posición de neutralidad quedan veladas las condiciones históricas. Sociales, culturales y de poder que propiciaron su surgimiento. Desde esta óptica la verdad producida por la ciencia puede leerse como una de las formas en las que se expresa la colonialidad ya que sus saberes tienden a sustituir y/o negar otros saberes. Se trata de aquellos saberes que se producen en torno a los procesos de acumulación y explotación en el marco de un determinado proyecto histórico considerado como la cumbre de la evolución humana. En este sentido, la medicina moderna emerge como esa rama del saber que por fin puede ver, nombrar, describir y explicar las partes del cuerpo, sus procesos, conexiones y funcionamientos. Y lo hace desde una posición de saber legitimada y autorizada sobre los demás saberes que serán degradados a la categoría de supersticiones. El saber sobre los cuerpos y sus funciones quedará reservado a la ciencia y el acceso a dichos saberes sólo es posible a través de la mediación experta, profesional de la medicina y las ciencias biológicas.

Alejandra Roca (2018) distingue tres momentos en la construcción del cuerpo como objeto de la biomedicina. Un primer momento caracterizado por el realismo renacentista del descubrimiento de los cuerpos y de la perspectiva como técnica de ilustración gráfica. Un segundo momento en el que se refinan y desarrollan las técnicas de disección a partir de los estudios anatómicos de los siglos XVII y XVIII. Y un tercer momento en el que se despliega el avance tecnológico del instrumental para mirar más allá de lo que los ojos permiten ver. Así el desarrollo tecnológico actual fue reemplazando a los sentidos del tacto, la vista y el olfato para introducirnos en nuevas cartografías de lo invisible revelado que multiplica la fragmentación anatómica de manera exponencial.

Actualmente, en relación a los cuerpos y especialmente en relación al nacimiento y a las gestaciones, se puede ver lo insospechado, pero paradójicamente se pierde de vista la totalidad de los cuerpos y la integralidad de los procesos fisiológicos en constante interacción. En un movimiento contradictorio en el que el hiperrealismo tecnológico a la vez que muestra lo inaccesible a la mirada incrementa la enajenación del cuerpo y refuerza la supremacía antropocéntrica del modelo de ciencia hegemónico.

#### *Maternalización de las mujeres, género y violencia obstétrica*

La incorporación del parto a la órbita de la atención médica tiene una larga historia y aparece justificada, en principio, con la intención de disminuir los riesgos y la mortalidad asociados a este momento. Sin embargo, esta concepción es problematizada desde las ciencias sociales y desde el feminismo. Según Nari (2004), la hospitalización del nacimiento forma parte de las estrategias políticas de “maternalización de las mujeres” ya que hasta la introducción de la asepsia la mortalidad materna intrahospitalaria era alarmante. Este proceso que se da tanto en la Argentina como en el resto de Latinoamérica coincide con el surgimiento de los estados nacionales a fines del siglo XIX como se esboza en el capítulo I.

Hacia 1950, los nacimientos se trasladan de forma definitiva a la

órbita hospitalaria, quedando como práctica obsoleta y cuestionable el parto domiciliario y su atención a cargo de parteras. La hospitalización de los nacimientos reforzará la idea del parto como estado patológico que debe ser altamente intervenido, lo cual implica una enorme pérdida de autonomía para las mujeres, tanto respecto de sus cuerpos como de sus saberes. Hacia fines del siglo XX se impone, tanto en la formación médica como en las prácticas asistenciales, el modelo altamente intervencionista o “modelo tecnocrático del nacimiento” (Davis-Floyd, 1993).

Marbella Camacaro Cuevas (2009) propone analizar los procesos reproductivos desde la perspectiva de género. A la luz de esta perspectiva se descubre el carácter histórico de las desigualdades sexuales y su no naturalidad, lo cual habilita la posibilidad de la transformación social de las violencias. El apoyo en la teoría feminista y el uso de la perspectiva de género permiten captar el sentido disciplinador de las prácticas rutinarias de la obstetricia. El título del artículo de Marbella Camacaro Cuevas remite a una interesante inversión paradójica de sentido: *Patologizando lo natural... Naturalizando lo patológico*. La integración de la obstetricia al campo de la biomedicina constituye uno de los principales procesos de medicalización de la vida que resultan en la progresiva cancelación de otros saberes y experiencias. En las entrevistas realizadas por Camacaro Cuevas se destacan los argumentos que justifican la imposición de prácticas que dificultan el desarrollo del parto como prácticas preventivas ante la eventualidad de un riesgo inesperado. Entonces, la posición horizontal (litotomía) ante la eventualidad de una hemorragia, facilita el accionar al médico. O bien la inmovilidad se justifica por razones relativas a la falta de espacio o al orden institucional. La prohibición de acompañantes se justifica por motivos de seguridad biomédica, es decir para evitar personas ajenas al equipo médico. Entonces el énfasis en las rutinas y protocolos funciona como una forma de mantener el control ante la incertidumbre en las salas de parto. Los protocolos de atención obstétrica tratan a todas las situaciones como de riesgo y cada intervención, aun cuando se realice con carácter preventivo, implica una escalada de intervenciones. La aplicación de sueros

endovenosos garantiza actuaciones rápidas de ser necesarias, pero impiden la deambulaci3n, lo cual retrasa las contracciones y dificulta la dilataci3n, entonces se administra oxitocina sint3tica para aumentar las contracciones y esto produce un incremento del dolor y del malestar de las mujeres, requiriendo la aplicaci3n de anest3sicos, que sumados a la posici3n horizontal dificultan el encajamiento del beb3 y disminuyen la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la realizaci3n de un corte en la vulva (episiotomía) para facilitar lo que la medicalizaci3n del parto acarrea. No se toma en cuenta que la episiotomía provoca dolor y sangrado adicional, mayor riesgo de infecciones, la demora en el contacto con el reci3n nacido porque luego hay que suturar y una lesi3n post quir3rgica que trae molestias y puede tener consecuencias en la futura vida sexual de las mujeres. La escalada de intervenciones genera dificultades de todo tipo que son sistemáticamente silenciadas, negadas, omitidas Y esto es una consecuencia directa del modelo de formaci3n m3dica en el cual desde los niveles m3s b3sicos de la enseanza de la medicina el énfasis est3 puesto en la patología. Se aprende a patologizar los procesos fisiol3gicos del parto (Camacaro Cuevas, 2009:157)

Desde sus inicios la medicina moderna toma a la sexualidad, la fecundidad y la maternidad como objetos de control m3dico. Seg3n Belli (2013) la violencia obst3trica como una forma de violencia de g3nero y de violaci3n a los derechos humanos invisibilizada e ignorada. Esta invisibilizaci3n se relaciona con lo planteado por Marcela Nari (2004) sobre el fen3meno de maternalizaci3n de las mujeres que se produce a partir del siglo XIX y que profundizará el control social sobre la fecundidad produci3ndose una transformaci3n sin precedentes en la cual las mujeres quedarán totalmente subordinadas a los profesionales de la salud, considerados como los únicos responsables del control y la direcci3n del parto (Nari, 2004). El especialista detenta el saber-poder, est3 legitimado por el estado, por la ciencia y por el prestigio asociado a su posici3n social. Adem3s, como señaala Marcela Nari: “el aparato sanitario fue uno de los instrumentos significativos para la formaci3n de la nacionalidad”

(2004:103). La biomedicina afianza su poder a medida que legitima sus saberes. En este proceso se invalida todo conocimiento que no encaje con el paradigma científico y los profesionales certificados tendrán la tarea de transformar los hábitos de las mujeres que se consideren nocivos o impropios respecto del cuidado de la higiene y de la salud.

Es así como en el marco de las políticas higienistas promovidas desde mediados del siglo XIX por los Estados, se fue consolidando la hegemonía de la medicina científica sobre los procesos reproductivos (Nari, 2004; Rodhen, 2007; Miranda, 2011). Como consecuencia a partir del siglo XX, en la Argentina, como en casi todo el mundo, se irá instalando la obligatoriedad de parir en las instituciones hospitalarias, con parteras certificadas y bajo estricto control del médico obstetra (Nari, 2004; Rodhen, 2007; Miranda, 2011). Paralelamente se profundiza el proceso de exclusión de los saberes no científicos a partir de diversas intervenciones tendientes al control estatal que consolidan la implantación del modelo médico. Se trata de borrar esos saberes subyugados de los que nos habla Donna Haraway (1991).

Al estar vinculada a la dinámica de las poblaciones, la maternidad se establece como uno de los ámbitos privilegiados de la biopolítica tal como la definiera Michel Foucault (1976). Posteriormente, al cerrar el campo de intervención a cualquier conocimiento no autorizado, los profesionales certificados se presentan como la única intervención válida y verdadera sobre el proceso de gestación, intervención que además se monta sobre asimetrías previas.

### *Ecofeminismos y teoría decolonial*

A partir de los años 60-70 del siglo XX existe una variedad de posiciones teórico-políticas que desnudan la relación cuerpo-territorio, demostrando las continuidades entre ambas dimensiones y la interrelación con los sistemas de poder y producción.

Desde los ecofeminismos se comprueba la relación de

proporcionalidad directa entre lo femenino como subordinado a lo masculino y la naturaleza subordinada al capital, al desarrollo y a la productividad. La capacidad reproductiva, de trabajo y de servicio de las mujeres, así como la diversidad de los recursos de la naturaleza, constituyen objetos preciados que son expropiados y explotados. El aporte original del pensamiento y prácticas ecofeministas parte del descubrimiento de la existencia de una continuidad epistemológica entre la violencia hacia las mujeres y la violencia contra la naturaleza que funcionan como núcleo estructural del pensamiento moderno.

La medicalización de la sexualidad, la anticoncepción y la reproducción se legitiman en fundamentos científico-estatales y farmacológicos centrados en la episteme de la modernidad. La anticoncepción hormonal, la supresión de la ciclicidad menstrual, los tratamientos de fertilidad asistida, la tecnocratización del nacimiento, se presentan como avances de la ciencia, pero ocultan su funcionamiento como técnicas de control de la industria farmacéutica y biotecnológica y como procesos de expropiación por destrucción.

Mies y Shiva (1998) demuestran el pacto entre ciencia y poder, cuyo objeto es la transformación de todas las formas de diversidad en un producto homogéneo, estéril, patentado y mercantizable. Estos procedimientos, sobre la naturaleza, los cuerpos y la vida, son autoritarios y destructivos, pero altamente rentables. Se extrae de la naturaleza, de las mujeres y de los pueblos todos los recursos posibles y este procedimiento se efectúa hasta su agotamiento total a través de procesos de acumulación por desposesión como los denomina Harvey (2005).

El ecofeminismo, así como las teorías decoloniales permiten visibilizar cómo las intervenciones cruentas sobre los cuerpos se imponen como avances civilizatorios al mismo tiempo que se invisibilizan o niegan aquellas experiencias consideradas salvajes o rebeldes.

Por lo tanto, pensar la maternidad desde el ecofeminismo implica

comprender su complejidad como institución emblema de las sociedades patriarcales pero también su potencialidad como experiencia vital en las que se articulan resistencias, cuerpos, sexualidades y desde la cual es posible problematizar la razón binaria expresada por la invención de las antinomias masculino / femenino y naturaleza / cultura.

Los fundamentos epistemológicos de la modernidad -sexismo, etnocentrismo y antropocentrismo- sostienen ideológicamente las prácticas del colonialismo, el extractivismo y de la ciencia en su versión hegemónica.

En Latinoamérica la construcción de los estados nacionales hacia fines del siglo XIX revela la confluencia de dos procesos simultáneos y correlativos: la conquista y anexión de territorios “desiertos” o indígenas y el control estatal sobre la reproducción humana. El exterminio de poblaciones nativas y la presión sobre la fecundidad de determinados sectores de población conformarán las dos caras del ideal de eugenésico hacia fines del siglo XIX en Latinoamérica.

Las diversas formas de vulneración de derechos y de enajenación gineco-obstétricas se inscriben en la línea de la consideración de la femineidad, la menstruación y la maternidad como experiencias sufrientes y constituyen instrumentos de penalización de la autonomía corporal.

Todas las acciones fármaco-medicalizadoras y mercantilizantes de la sexualidad femenina transforman la menstruación, la masturbación, la gestación, el parto, la lactancia y el conjunto de las expresiones corporales sexo-reproductivas en acontecimientos dolorosos, mortificantes, vergonzantes, ocultables y de riesgo.

## **CAPÍTULO II**

### **Ciencia, poder y modernidad en la construcción del cuerpo y los saberes en torno al nacimiento**

En este capítulo se presentan algunos de los hechos que permiten visualizar los procesos de construcción de la obstetricia y de la ginecología como saberes legítimos desde una mirada crítica a las condiciones de la producción de conocimiento.

Poner el foco sobre las condiciones de producción del conocimiento obstétrico y ginecológico permite develar las profundas asimetrías de género, clase y etnia que propiciaron la obtención del material humano dispuesto a la experimentación con la intención de capturar la materialidad misma que caracterizó la apropiación de saberes y cuerpos.

La mirada racional y científica sobre los cuerpos y la naturaleza, así como los modos de entender, describir e investigar, son el resultado de una construcción sociohistórica de larga data. Si bien cuerpo y naturaleza se transforman plenamente en objetos de conocimiento científico en el siglo XVIII, podemos ubicar los orígenes de este hecho en el renacimiento europeo entre los siglos XV y XVI. Durante el llamado período moderno situado entre los siglos XVI y XVIII se establecen las bases de una racionalidad configurada a partir de la lógica binaria de matriz antropocéntrica, androcéntrica y eurocéntrica.

Una de las preocupaciones centrales de la modernidad se encuentra en el control sobre los procesos vinculados a la reproducción de la vida. La producción de saberes y tecnologías aplicadas al cuerpo y a la naturaleza, debe entenderse entonces a partir de este interés por controlar la vida desde una perspectiva antropocéntrica, androcéntrica y eurocéntrica.

Actualmente, la ciencia es presentada como el único modo posible de acceder a la verdad sobre las cosas del mundo. Sus saberes se posicionan como universales, neutrales y como la expresión refleja de lo real. Queda velada en esta presentación las condiciones históricas, políticas y materiales que rodean su nacimiento y que aún hoy legitiman su supremacía.

Lo que se omite bajo la apariencia de neutralidad de la ciencia es esa relación directa pero invisibilizada con el poder que la constituye. Así lo neutral, la objetividad del conocimiento científico no es sino el efecto de un enmascaramiento sobre las condiciones de producción de los saberes y su utilización práctica. Una de estas invisibilidades es la estrecha relación entre ciencia y colonialidad ya que la ciencia moderna se inscribe desde sus orígenes en la trama de la expansión colonial de Occidente (Roca 2019:48)

La interpretación acerca de los fenómenos del cuerpo y de la naturaleza va a estar siempre inscrita en esa matriz racional binaria y altamente jerarquizada. En esta matriz los ejes que ordenan la construcción racional del mundo se fundamentan en los siguientes binomios: Humano - Naturaleza, Masculino - Femenino y Civilizado - Salvaje.

Como señala De Sousa Santos (2010) el pensamiento moderno occidental se caracteriza por ser un “pensamiento abismal” que estructura y clasifica de manera jerárquica y polarizada.

El término inferior del binomio emerge como otredad y por lo tanto emerge como el polo subordinable. Desde este logos, toda otredad, representada generalmente por la naturaleza, lo femenino y lo salvaje, se transforma en objeto, en amenaza, en recurso. Esta transformación del otro en recurso legitima los procedimientos relativos a la apropiación, explotación, reparto y eventualmente también, la destrucción. El orden simbólico binario y abismal propicia los mecanismos de dominación y el saqueo generalizado respecto del mundo natural, de las mujeres y de las fuerzas productivas.

Desde el siglo XV hasta la actualidad, la racionalidad de la conquista del mundo y la naturaleza se sustentan en esta racionalidad. El saber/poder “naturaliza” una concepción del mundo jerarquizada y binaria en la que se presenta como natural la dominación, la supremacía y las violencias. En este proceso de veladuras, se naturaliza lo construido desde el poder como si se tratara de algo “esencial” propio de la vida y de la naturaleza humana.

La idea de “lo humano” y de la historia de la humanidad como

entidades universales es propia del Renacimiento. El andro-antropocentrismo constituye el emblema de la modernidad por excelencia. La imagen que mejor lo representa es el “Hombre de Vitruvio” de Leonardo Da Vinci, signo que expresa la divina proporcionalidad de dicha construcción política.

Por ello, el proyecto histórico de constitución de la ciencia es indisociable del “proyecto moderno de control de la naturaleza”. La ciencia es eminentemente un modelo de poder. La ciencia como proyecto de control político de la naturaleza es un proyecto inherente a la Modernidad. El conocimiento científico puede participar de este despliegue en la exploración del mundo conquistado y puesto a disposición, gracias a la expansión colonial y la explotación de sus recursos naturales. Si bien esta dimensión política está suprimida en el discurso científico, lo que constituye a la ciencia moderna es justamente esta dimensión de poder (Roca, 2019:49).

Los anatomistas y naturalistas de los siglos XVI al XVIII se caracterizan por sus exhaustivas exploraciones sobre cuerpos / naturaleza. Especialmente por la metodología y el enfoque desde el cual abordarán la construcción del conocimiento científico. En una trama epistemológica en la cual el dispositivo biopolítico, como lo denominó Michel Foucault (1992) resulta inseparable del necro-político tal como lo describe Aquiles Mbembé (2011) ya que el interés por el control de la mortalidad y de la natalidad aparece ligado a procedimientos mortíferos y la ciencia como la guerra se presenta como un medio de establecer soberanía.

A partir de considerar este posicionamiento de las ciencias biológicas, base de la anatomía y de la medicina moderna, la entrada de la obstetricia y de la ginecología, se inscriben en el dispositivo bidimensional de la bio-necro-política.

La historia de los descubrimientos sobre el cuerpo, especialmente sobre los órganos sexuales y reproductores se reflejaron en atlas anatómicos que como los registros de exploradores/as y viajeros de los siglos XVI a XVIII documentan esta aventura cartográfica, pero al mismo tiempo ocultan

las condiciones de producción de sus descubrimientos, el modo de obtención de los datos y los procedimientos utilizados para tomar las muestras.

El uso de la mesa de disección que coloca al espécimen de modo tal que pueda revelar todos sus funcionamientos secretos a la vista del observador se tradujo en el cambio de postura para parir que pasó de posiciones verticales a la horizontalidad. Este cambio de posición implicó la aparición de problemas fisiológicos que a su vez propiciaron el desarrollo de técnicas e instrumentos, como los fórceps y diversos procedimientos quirúrgicos.

La pregunta es entonces si este desarrollo técnico-instrumental constituye un avance científico-técnico o si en realidad se trata de procedimientos diseñados para resolver los efectos provocados por la entrada de la cirugía en el campo obstétrico. Lo mismo podemos preguntarnos en relación de la irrupción masiva de cuadros de sepsis puerperal a mediados del siglo XIX cuando el parto comienza a ser atendido en hospitales escuela. ¿En qué medida los riesgos asociados al nacimiento se relacionan con una situación natural deficitaria? ¿Cuáles son los efectos de la entrada de los nuevos saberes anatómicos? ¿Es posible que se haya construido un imaginario del parto como situación de riesgo extremo para justificar la intervención de expertos calificados como los cirujanos?

Así desde el siglo XVI, el cuerpo y la naturaleza serán disputados y capturados por la ciencia que desde la legitimidad que le confiere su posición de poder se presenta como la única vía de acceso a lo real. En esa disputa los saberes y las prácticas no autorizadas de atención del nacimiento serán desplazados y reemplazados progresivamente por una atención fundamentada en conocimientos científicos.

El interés por la sexualidad, la reproducción y el funcionamiento de la naturaleza se inscribe como uno de los ejes centrales de la modernidad por su relación indisoluble con los procesos de producción y reproducción que son centrales para el capitalismo.

El interés por controlar la mortalidad y elevar la natalidad en la

Europa moderna está relacionado como señala Federici (2015) con el brusco descenso poblacional provocado por la peste negra en el siglo XIV y con el surgimiento del capitalismo. El control sobre la reproducción y la fecundidad asume un protagonismo inédito y se sitúa primero en Francia a partir del siglo XVI.

Posteriormente, en el XVII se desplaza hacia Inglaterra y los países bajos. Este emplazamiento geográfico del interés sobre la reproducción, los cuerpos y la vida natural tampoco es un resultado aleatorio.

*El cuerpo de las mujeres: entre los saberes brujos y su construcción como espécimen en la mesa de disección*

Los sistemas sociales producen corporalidades. Y es especialmente en la modernidad que los cuerpos, así como los territorios y la naturaleza, se tornan elementos centrales de control, dominio, disección y extracción.

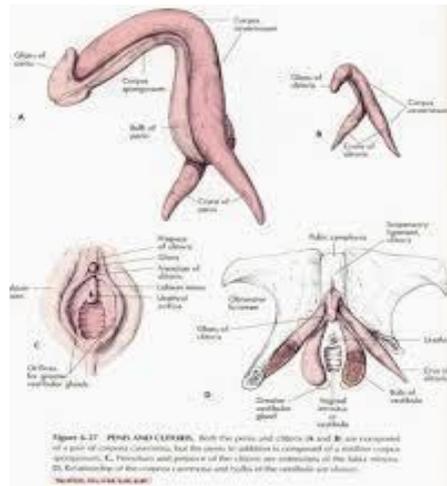
La conquista de América tiene su correlato corporal en la conquista de los cuerpos, especialmente en la indagación anatómica de esos cuerpos que permiten la reproducción. Los anatomistas a partir del Renacimiento exploraron los cuerpos como se explora un territorio conquistado identificando partes, funciones y describiendo su geografía orgánica.

El surgimiento de la biomedicina entre los siglos XVII y XVIII se produce como señala Foucault (1966), bajo el imperativo de abrir y explorar “algunos cadáveres” razón por la que desde el siglo XVI las investigaciones anatómicas se mueven entre las sombras crepusculares de la profanación de tumbas y los homicidios por encargo.

Consecuentemente, al mismo tiempo que crece el interés de la ciencia anatómica por la exploración de los cuerpos y la elaboración de estas cartografías corporales, se inicia la gran persecución y matanza de las brujas (Federici, 2015), coincidencia que nos alerta sobre una disputa sobre el control de los saberes, su circulación y el poder que procura a quienes controlen los secretos arcanos en torno a la reproducción de la vida.

En el siglo XVI, el anatomista veneciano Mateo Reinaldo Columbus<sup>22</sup>, “descubre” el clítoris y lo llama “amor veneris”. Describe su complejidad y su función como responsable del orgasmo femenino. También descubre las similitudes anatómico-fisiológicas y morfológicas con los genitales masculinos, lo cual probablemente incidirá en la censura de este hallazgo.

Sus dibujos nos muestran a un órgano complejo, compuesto por varias partes y cuya extensión excede a la imagen limitada de un pequeño botón. Se trata de un órgano descubierto y redescubierto en varias oportunidades. En muchas de ellas, también dicho descubrimiento fue asociado a los procesos de silenciamiento y desaparición de los saberes populares sobre dicho órgano.



Las brujas sistemáticamente quemadas en la hoguera en esa guerra que no consta en actas y que como nos cuenta Silvia Federici (2015) durante más de 200 años se libró contra las mujeres, sabían de su existencia. Como también sabían de partos y nacimientos, de abortos y anticoncepción. Como consecuencia de la persecución, la matanza y la censura de las brujas muchos de sus conocimientos se perdieron y además la ruptura de lazos comunitarios entre mujeres implicó una pérdida de autonomía sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Como estrategia política, la guerra contra las brujas constituyó un epistemicidio (De Sousa Santos, 2010) que se instrumentó como una cruzada contra los saberes populares, indígenas, primitivos y brujos. Los cuerpos femeninos con sus saberes ancestralmente acumulados y transmitidos emergen entonces como objeto y recurso, como

<sup>22</sup> Anatomista y cirujano. Discípulo de Vesalio. Describe y esquematiza el clítoris en 1559. Luego sus descripciones y dibujos son eliminados de los tratados de anatomía.

un territorio a descubrir, conquistar y colonizar para su anexión al mundo



Tapa del libro de Ehrenreich y English (1981)

moderno, al proyecto civilizatorio del capital.

### *Cuerpos y saberes en disputa*

La obstetricia moderna que comienza como rama del conocimiento en el siglo XVI, es un campo en el que se evidencia la disputa sobre los saberes y sobre los cuerpos. Una disputa que se da entre cirujanos y comadronas.

Tradicionalmente en todas las sociedades conocidas, la reproducción y el parto fueron un asunto de mujeres y el parto sucedía en diversas posiciones, generalmente verticalizadas, ya sea de pie con ayuda de cuerdas o el sostén por la espalda de otra persona, en cuclillas, con sillas de parto o de rodillas en posición de gateo.

A partir del renacimiento esta situación comienza a cambiar. como señala Federici (2015) en algunas regiones de Europa y de América la persecución y matanza de las brujas está vinculada con este proceso. La exclusividad sobre estos saberes se tornó un asunto de disputa cuando luego del descenso poblacional en la Europa del 1400 a causa de la peste negra se producen una serie de revueltas campesinas que amenazan seriamente el orden feudal. La cuestión reproductiva y la necesidad de aumentar la población servil comienzan a constituirse en una cuestión de estado. El control sobre la fecundidad emerge como objetivo imprescindible del biopoder.

El parto y sus eventuales complicaciones se van a transformar en el objeto privilegiado de este nuevo campo del saber. La consecuencia más inmediata de esto es el cambio de posición corporal para el parto. La recomendación de horizontalizar la posición de parto aparece por primera

vez en el siglo XVI y es resultado directo de la entrada de los cirujanos - anatomistas en la escena del parto. Este cambio postural a su vez ocasionó nuevos problemas que dieron origen a un enorme conjunto de técnicas para intentar solucionarlos. Una mirada a los libros de anatomía que se usan actualmente para enseñar obstetricia presenta la posición horizontal como la única posible cuando sabemos que dicha posición es resultado de una captura sobre el cuerpo vinculada con ingreso de la biomedicina en la atención obstétrica.

Las primeras referencias a la horizontalidad se pueden rastrear desde el siglo XVI y están vinculadas con la posición del cuerpo para la autopsia y el examen anatómico de los cadáveres, ya que la mesa de disección permite la comodidad para examinar los cuerpos y sus órganos. Es una posición que revela la entrada de los cirujanos en la atención del parto. El cambio de posición para parir se produce en la Francia del siglo XVI ya que el primero en utilizar y recomendar la postura litotómica es Ambroise Paré (1510-1590) cirujano francés considerado como el “Padre” de la cirugía moderna. La posición materna (horizontalizada) fue sugerida en el siglo XVII por los parteros (Guillemeau, 1612) en Londres, (Mauriceau, 1668) en París. Los argumentos utilizados para justificar esta modificación de la posición materna se fundamentan en que en esa posición se obtiene mejor visualización del perineo de la parturienta y se puede así realizar diagnósticos según la evolución del parto” (Cortés Prieto, J. 2004, pág. 132)

Posteriormente, Jaques Guillemeau (1550-1613) discípulo preferido de Ambrose Paré y pionero de la oftalmología y la obstetricia recomienda la adopción de la horizontalidad en sus textos. Y finalmente François Mauriceau (1637 - 1709) dictamina que es la posición más conveniente para una mejor visualización para los médicos.

“La profesión de matrona fue una de las primeras ocupaciones a la que se exigió una completa formación teórico-práctica. En 1448 las Ordenanzas de Madrigal establecían que las parteras debían de ser

examinadas por los alcaldes de los pueblos de Castilla. A partir de esa fecha, encontramos referencias legales sobre la formación y la práctica del oficio de partear. El primer intento general de regular la formación de las matronas fueron los exámenes de parteras que de forma ininterrumpida realizó el Real Tribunal del Protomedicato, establecido por los Reyes Católicos a finales del siglo XV” (Gallego Caminero, 2005:603)

La entrada de los cirujanos en la atención del parto va a privilegiar el cambio de postura en pos de la optimización del campo visual. Este cambio si bien mejora la perspectiva observacional de los médicos tuvo como consecuencia la aparición de nuevas dificultades y también el progresivo corrimiento de las comadronas de la escena del nacimiento.

Como señala Gallego Caminero (2005) existen registros de políticas de instrucción de las parteras empíricas a cargo de cirujanos durante el reinado de los Reyes Católicos durante el período del protomedicato lo cual indica que la cuestión del nacimiento se tornó un objetivo de estado. Por otra parte, el surgimiento de la imprenta permitió la edición y popularización de los manuales anatómicos con los que se formarán las nuevas generaciones tanto de médicos cirujanos como de comadronas. En estos manuales se recomienda la posición horizontal y las gráficas anatómicas terminan de consolidar la imagen de la litotomía como postura “natural” para parir.

Los dos momentos identificados por Foucault (1992:194) en relación a la captura del poder sobre los cuerpos, el primero hacia fines del siglo XVII centrado en la construcción de los cuerpos a partir de las disciplinas del trabajo y el segundo centrado en el control biopolítico a nivel de la población, se reflejan claramente en la historia de la obstetricia.

Según Foucault “... el poder lejos de estorbar al saber lo produce. Si se ha podido constituir un saber sobre el cuerpo, es gracias al conjunto de una serie de disciplinas corporales y militares. Es a partir de un poder sobre el cuerpo como un saber fisiológico, orgánico ha sido posible ...” (1991:107)

El cambio en la posición del cuerpo para el parto de vertical a horizontal, junto con el progresivo desplazamiento y subordinación de las matronas por los cirujanos da cuenta de esta disputa sobre los cuerpos y los saberes. Otro hecho a destacar es la estrecha relación entre el desarrollo de la cirugía y las guerras del siglo XVI en las cuáles comienzan a utilizarse armas de fuego que producen otro tipo heridas (Vaquero Puerta, 2018:138-139).

Cirujanos militares como Paré al servicio de la corona francesa y Chacón Daza al servicio de los Reyes Católicos se interesarán por la anatomía del útero y su funcionamiento (Valle Racero, 2002). La relación cuerpo, poder, saber se expresa en los lazos que vinculan guerras modernas y cirujanos militares. A tal punto la cuestión del útero se torna una cuestión de estado que son las monarquías renacentistas de España primero y de Francia después las primeras en recurrir a los médicos militares para la formación profesional de las matronas.

Las primeras mujeres en entrar bajo la órbita de la atención obstétrica profesionalizada serán las reinas y las mujeres de la nobleza, especialmente de Francia, hecho que le sumará al prestigio de los cirujanos, el de sus aristocráticas usuarias.

Como podemos deducir a partir de lo expresado por Valle Racero (2002) y Gallego Caminero (2005) la “normalización” del parto a partir de su entrada al campo de la cirugía dificultará la fisiología y esto a su vez va a originar la proliferación de invenciones técnicas e instrumentales para resolver los inconvenientes que la propia normalización introdujo. En la serie de desplazamientos observables también las manos serán desplazadas por herramientas metálicas desde entonces son utilizadas para extraer, tironear, cortar y “facilitar” las dificultades crecientes.

En 1668 el cirujano francés François Mauriceau, que es considerado uno de los fundadores de la obstetricia moderna, publicó su obra *“Des maladies des femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et veritable méthode de les bien aider en leurs accouchemens naturels, & les*

*moyens de remedier à tous ceux qui sont contre-nature, & aux indispositions des enfans nouveau-nés<sup>23</sup>”.*

En la tapa del libro aparece retratado con sus instrumentos y rodeado de mujeres y bebés. Al pie de página aparece su dirección para quienes deseen consultarle, lo cual constituye una rareza para la época, pero evidencia la competencia por la atención obstétrica entre cirujanos y comadronas. En esta obra el obstetra presenta sus hallazgos respecto del trabajo de parto y recomienda dejar de lado la silla para utilizar exclusivamente la posición horizontal. Mauriceau es también conocido por haber creado la primera



Tapa del Tratado de Mauriceau (1668)

cátedra para la formación profesional de las parteras en el Hotel Dieu de París a fines del siglo XVII, espacio en el cual también se formarían las parteras profesionales que luego desarrollarán su labor en Perú y otras ciudades de América del Sur (Chauca Becerra, 2015). En las siguientes ediciones de su manual va incorporando diferentes maniobras de parto y finalmente viaja a Londres para conocer los instrumentos de fórceps diseñados por la familia Chamberlen<sup>24</sup> que mantenían el monopolio sobre su

<sup>23</sup> “Sobre las enfermedades de las mujeres embarazadas y de parto. Con el buen y verdadero método de ayudarlas en sus partos naturales y proporcionar los medios para remediar todos aquellos métodos que son antinaturales y sobre las indisposiciones de los recién nacidos” (traducción propia)

<sup>24</sup> Los Chamberlen fue una familia de notables cirujanos de origen francés radicada en Londres por motivos religiosos que durante todo el siglo XVII se dedicó a inventar aparatos para facilitar la extracción del feto conocidos como “fórceps”. Durante décadas fueron los parteros de los reyes de Inglaterra y gozaron de fama y fortuna. El último descendiente del linaje se propuso vender el invento familiar al rey de Francia y de ese modo incrementar sus arcas. La venta fracasó y con ella se esfumaron fama y dinero. Luego de varios años vendió el instrumento y su permiso de uso al colegio de médicos de Ámsterdam. Finalmente, el cirujano flamenco Jan Palfijn (1650-1730) le hace unas modificaciones y lo registra como invento propio. En el año 1750 Levret en Francia y Smellie en Londres, casi simultáneamente, acomodaron su forma al eje de la pelvis, mejorando su campo de aplicación. <https://www.galenusrevista.com/?La-familia-Chamberlen>

utilización y guardaban en absoluto secreto los planos de diseño.<sup>25</sup>

Mientras crecía el poder de los cirujanos sobre el parto las matronas, especialmente las francesas, entablaron una batalla legal e intelectual para impedir que les arrebaten la atención de los partos no distócicos. Durante los siglos XVII y XVIII alrededor de catorce parteras francesas, alemanas, inglesas e italianas publicaron sus libros de partería que fueron traducidos a varios idiomas.

A partir de la publicación de libros sobre partos las parteras transmitieron sus saberes y experiencias. Louise de Bourgeois (1563-1636) partera de la reina de Francia publicó en 1609 su manual de obstetricia: *Observaciones diversas sobre la esterilidad, el aborto, la fertilidad, el parto y enfermedades de la mujer y los recién nacidos*.

Un siglo más tarde Marguerite Le Boursier du Coudray (1714-1794) publica su obra sobre el arte de partear y diseña un maniquí de tela con el cuál daba clases en zonas rurales de Francia tanto a parteras como a cirujanos<sup>26</sup>. Pero ya en los libros escritos por las parteras la posición del parto aceptada es horizontal. Este cambio de posición con todas las consecuencias anatómico-fisiológicas que produjo quedará fijado como la posición normalizada para el parto tanto desde la perspectiva de los cirujanos obstetras como desde la práctica de las parteras formadas por estos. La horizontalidad – inmovilidad del cuerpo en el parto y la subordinación de las parteras a la autoridad médico-estatal son los dos rasgos principales que asume la atención del parto a partir del siglo XVI.

---

<sup>25</sup> Norman, Morton's Medical Bibliography, 5th ed. (1991) no. 6147. Hook & Norman, The Haskell F. Norman Library of Science and Medicine (1991) no. 1461. Norman, One Hundred Books Famous in Medicine (1995) no. 33.

<sup>26</sup> <https://mujeresquehacenlahistoria.blogspot.com/2014/07/siglo-xvi-louise-bourgeois-boursier.html>



La “Máquina de parir” de Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray.  
[https://arqueologiadela medicina.wordpress.com/2017/11/22/1-a-maquina-para-practicar-partos-de-madame-du-coudray/coudray/\(2013\)](https://arqueologiadela medicina.wordpress.com/2017/11/22/1-a-maquina-para-practicar-partos-de-madame-du-coudray/coudray/(2013))

De este modo, la historia de la medicalización del parto y la sexualidad femenina nos ilustran cómo los procesos de normalización son el resultado de una conquista sobre los cuerpos (Foucault, 1991) y una disputa por la hegemonía de los saberes.

Las representaciones cartográficas sobre los cuerpos, especialmente sobre el aparato reproductor femenino y el parto constituyen excelentes mapeos de la inscripción del poder sobre los cuerpos, tanto por el interés sobre ese territorio como por la metodología con la que se produjo ese saber.

*Del disciplinamiento del cuerpo a la biopolítica: notas sobre la materialidad de la apropiación de cuerpos y saberes*

El ingreso de la Obstetricia primero y luego el de la Ginecología ofrecen información relevante sobre el proceso de apropiación de cuerpos y saberes en la construcción de dichas disciplinas. En los hechos fundantes de ambas se develan los sesgos sexistas y racistas de la trama metodológica y epistémica que habilita su ingreso al campo de la medicina.

La importancia de mirar de cerca estos sucesos no solo aporta elementos para analizar el proceso de la construcción de la obstetricia y de la ginecología como saberes legítimos sino también sobre las condiciones de la producción de estos conocimientos. Estas condiciones revelan las profundas asimetrías de género, clase y etnia que propiciaban el acceso a los “materiales” para la experimentación. A partir de analizar estos hechos es

posible capturar la materialidad misma de los procesos de apropiación de cuerpos y saberes. Tanto los “Padres de la Obstetricia” como el “Padre” de la Ginecología moderna tienen un rol protagónico en esta historia.

Además del francés Mariceau, también se conoce como Padres de la Obstetricia moderna a los anatomistas escoceses William Smellie y William Hunter que entre mediados y fines del siglo XVIII publicaron los primeros atlas anatómicos realistas del parto realizados a partir de autopsias a mujeres muertas en el momento del parto.

El padre de la Ginecología es el médico estadounidense Marion J. Sims que a mediados del siglo XIX realizó numerosas experimentaciones quirúrgicas con esclavas negras en pos de hallar la solución a un padecimiento ginecológico propio de la época.

En ambos casos, como también veremos en la historia de Semmelweis y la fiebre puerperal, es posible visualizar los puntos de conexión y continuidad entre los dispositivos de la biopolítica y los de la necropolítica.

#### *Los anatomistas escoceses: una segunda generación de “padres” de la Obstetricia moderna*

Los descubrimientos de los anatomistas escoceses en el siglo XVIII, William Hunter y William Smellie, a los que también se conoce como los “padres” de la obstetricia, fueron plasmados en unos precisos atlas anatómicos sobre el embarazo y el parto. Entre 1750 y 1774 ambos médicos publicaron entre 35 y 40 atlas a partir de numerosas autopsias en cuerpos de mujeres que murieron durante el parto<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Varios siglos después, un historiador de la medicina, Donald Shelton (2010, 2014) establece la sospecha de la existencia de redes criminales que realizaban homicidios por encargo con fines de dotar a la ciencia anatómica pujante de este material tan específico y difícil de conseguir.

En el año 1774 se publica el primer Atlas anatómico del parto en el noveno mes de gestación. La obra titulada *Anatomia uteri umani gravid*<sup>28</sup> registra por primera vez la independencia de la circulación materno fetal. Su autor, William Hunter, un reconocido anatomista escocés, reconoce en el prólogo a la primera edición que “*la oportunidad de diseccionar úteros de mujeres embarazadas rara vez ocurre. La mayoría de los anatomistas, si tienen suerte, lo pueden hacer una o dos veces en su vida*»”

Estas palabras introducen dos cuestiones. La primera es que la mortalidad materna alrededor del parto no era algo tan frecuente. En segundo lugar, emerge un interrogante ¿cómo es posible entonces que el propio William Hunter haya realizado alrededor de 35 disecciones de mujeres en el momento del parto? Un misterio cuya develación nos coloca en un escenario escalofriante, digno del más escabroso cine “*snuff*”<sup>29</sup>.

¿Qué secretos se esconden detrás de la realización de los primeros atlas anatómicos completos del parto? ¿Qué se oculta detrás de las ilustraciones hiperrealistas que en el siglo XVIII describen y explican la anatomía y fisiología de ese continente desconocido?

Donald Shelton (2010, 2014) presenta la inquietante hipótesis de los asesinatos por encargo de mujeres en el noveno mes de embarazo para intentar explicar las discrepancias entre la disponibilidad de cadáveres frescos y aptos para este tipo de estudios anatómicos y la cantidad de disecciones realizadas.

Según el artículo de Shelton (2010) publicado en el ‘Journal of the Royal Society of Medicine’, William Hunter y William Smellie habrían

---

<sup>28</sup> Anatomía del útero humano grávido

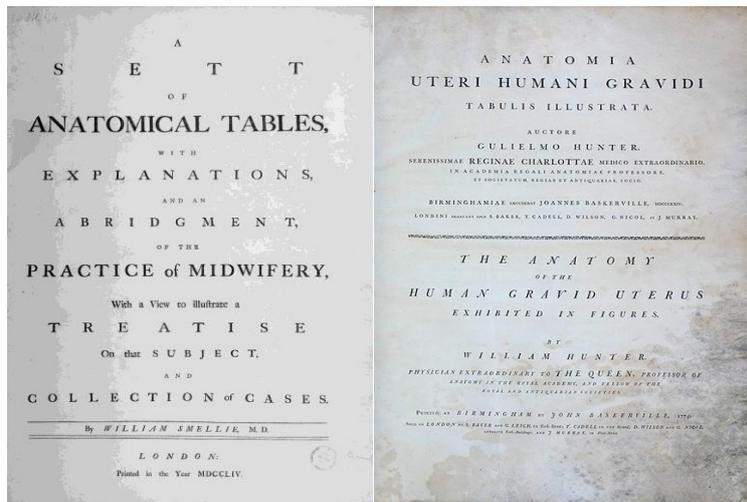
<sup>29</sup> “...una definición básica de lo que es una película snuff, propuesta por el periodista catalán Jaume Balagueró: “*película, en formato cine o video, en la que se perpetran actos de violencia y de muerte con el exclusivo objeto de ser grabados*”. Esta definición enuncia, no sólo lo que es la esencia del snuff, es decir, el registro visual de violencia y asesinatos reales, sino también la característica que lo hace un subgénero audiovisual como tal, que lo convierte en una práctica (real o mítica) execrable y ubica a sus autores en el singular rango de “*psicópatas audiovisuales*”. Esta característica es que el deseo de registrarlo todo con una cámara siempre antecede, o al menos está indisolublemente ligado, al acto violento” (Osorio: 2015)

encargado el asesinato o asesinado ellos mismos, entre 35 y 40 mujeres embarazadas entre los años 1750 y 1774. La hipótesis sobre la autoría de los asesinatos a manos de los propios anatomistas se establece a partir de dos cuestiones. Por un lado, el requisito sobre la frescura de los cadáveres para poder efectuar una correcta disección y por otra parte el hecho de que en las diferentes láminas se retratan los distintos momentos del pasaje fetal por el canal de parto. Este dato informa sobre cierto manejo de los tiempos del trabajo de parto para precisar el momento exacto de la muerte y así poder graficar los cambios anatómicos de cada etapa del período expulsivo. Hechos que difícilmente hubieran podido realizar los mercenarios o los profanadores de tumbas (Shelton, 2014)

Así, entre los años 1750 y 1774 Hunter y Smellie realizaron unos atlas anatómicos cuya perfección es aún hoy reconocida y admirada. Generaciones enteras de médicos estudiaron con ellos en todo el mundo.

Lo que resulta llamativo es que el modo de obtención de los datos expuestos en los atlas no parece haber sido objeto de interrogante alguno.

En su época, Hunter y Smellie fueron considerados los máximos expertos la materia y aún hoy en día numerosas publicaciones los reconocen por sus aportes al campo de la obstetricia ya que sus atlas anatómicos fueron la piedra fundamental de la obstetricia como especialidad médica prestigiosa que involucra todo el proceso reproductivo desde la gestación, hasta el parto y el puerperio.



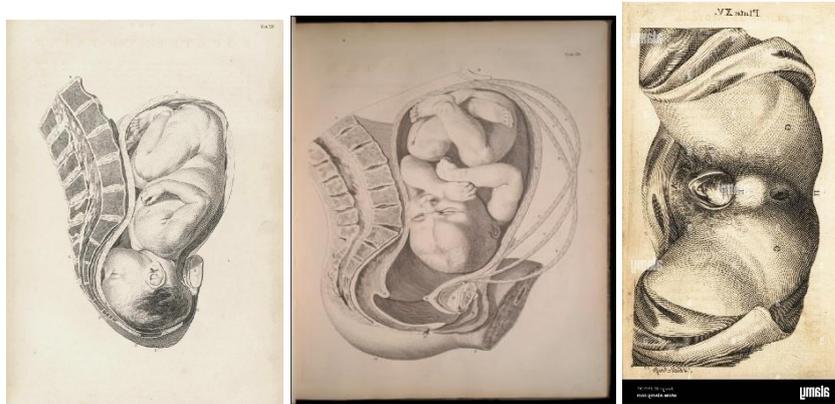
En su afán de llevar la partería al rango de profesión médica, invirtieron todos sus esfuerzos en el trazado de estos rigurosos atlas anatómicos, que además afianzaron notablemente su reputación y sus ingresos. Las mujeres “sacrificadas” en esta especie de rito de iniciación macabro probablemente fueron seleccionadas entre las más vulnerables que habitaban en las ciudades, especialmente prostitutas, sirvientas o proletarias. Mujeres cuyas condiciones de existencia posibilitaron que nadie denuncie su desaparición. Si bien no hay evidencias registradas sobre este proceder resulta llamativa la existencia de esta especie de leyenda negra en torno a los anatomistas escoceses. Esta leyenda despierta interrogantes acerca de los métodos que acompañaron durante varios siglos algunos de los avances más significativos de la ciencia médica.

A partir de la revisión de los atlas anatómicos del parto, Shelton (2010, 2014) calcula que Hunter y Smellie utilizaron 20 cadáveres de mujeres nuevemesinas entre 1750 y 1754y doce cuerpos más entre 1766 y 1774. Se supone también que hubo una metodología específica en la “toma de las muestras” utilizándose la asfixia como método que preserva el material a diseccionar.

Acerca de los modos utilizados para la captura cuando faltaba poco para dar a luz no existe ningún registro. Es una cuestión metodológica que permanecerá en las sombras. Todas las hipótesis en torno a dicha metodología son dignas de la más escabrosa de las novelas góticas, género

contemporáneo, por cierto, aunque en este caso la realidad supera a la ficción con creces.

Los artículos de Shelton (2010, 2014) analizan la relación entre la cantidad de atlas del parto realizados por los anatomistas con la disponibilidad efectiva de ese tipo de material de estudio y concluyen que a partir de los datos proporcionados por registros de la época. que el perfil de cadáver requerido por Hunter y Smellie era muy difícil de hallar por los medios habituales, tanto legítimos (los cuerpos de los condenados a muerte) como ilegales (profanaciones de tumbas).



Smellie, W. (1754) Tablas XII, XIV y XV



Hunter, W. (1774) Figuras I, II y IV

### *Marion Sims: El “padre” de la Ginecología moderna*

A mediados del siglo XIX en América del Norte, el nacimiento de la ginecología moderna evidencia el componente racista que marcó el

campo experimental de la cirugía ginecológica. La historia de los hallazgos quirúrgicos del Dr. James Marion Sims, considerado como el “padre” de la ginecología moderna, ilustra sobre este procedimiento experimental. El suceso está reseñado en la obra *“Medical Apartheid, the Dark History of medical experimentation on Black Americans from colonial times to the present”* de la historiadora afroamericana Harriet Washington (2006).

El Dr. Sims se hizo célebre por diseñar instrumental ginecológico, inventar un ser pionero en las investigaciones médicas sobre fertilidad y por haber descubierto la solución quirúrgica a la fístula vaginal que fue un grave problema de salud de la época.

Esta lesión se producía como consecuencia de varios factores entre los que se encuentran los partos muy prolongados, la cantidad de gestaciones y la fragilidad física resultante del déficit nutricional, la edad y la posición social de las gestantes. Dicha patología además de haber sido un problema serio de salud de las mujeres también puede ser vista como una evidencia de los procesos de intensificación de los procesos reproductivos en sociedades esclavistas y particularmente en la era victoriana.

En sus diarios el Dr. Sims registró algunos de los experimentos realizados con las esclavas negras que trabajaban en sus plantaciones y de las de sus vecinos en Alabama. En los registros de la actividad experimental efectuada entre los años 1845 y 1849, relata el proceso por el cual encuentra la solución quirúrgica a dicho padecimiento.

Lucy, Betsy y Anarcha son los únicos tres nombres que se conocen de las al menos once esclavas que fueron operadas por Sims en esos años en una tienda-quirófono improvisada en el jardín de su plantación en Montgomery, Alabama.

Sims (1884) describe en sus diarios el modo en que las mujeres eran colocadas sobre una mesa, apoyadas sobre sus rodillas y codos, sin ropa, sostenidas por otros hombres, mientras él les introducía elementos en sus vaginas para practicar las cirugías experimentales. Todo esto ocurría sin ninguno de los paliativos para el dolor disponibles en ese momento como el alcohol, el opio y la morfina. Además, utilizando la situación de indefensión

por posición social de las esclavas.

Lucy, Betsy y Anarcha son los nombres que perduran de las esclavas tratadas por Sims. Tenían en común el padecer de fistula vaginal, razón por la que fueron llevadas por sus dueños para que el Dr. Sims para que las reparara, dado que la función reproductiva era indisociable de la función productiva en esa región en la que un tercio de la población era esclava. Según Harriet Washington (2006) la fistula vaginal afectaba mucho más a las mujeres negras que a las blancas por las condiciones relativas a su posición social. La malnutrición y los malos tratos, incluyendo las violaciones reproductivas, ocasionaban múltiples dolencias y padecimientos, de los cuales los problemas del parto constituyeron una preocupación porque afectaba a la reproducción de la fuerza de trabajo explotada.

Sims escribió en su autobiografía sobre Lucy: "Era antes de la época de los anestésicos y la pobre chica, sobre sus rodillas, aguantó la cirugía con gran heroísmo". Estaba postrada y pensé que moriría", escribió el médico pocas horas después de confirmar que su primera cirugía había fracasado y al haberle realizado una segunda, aun estando muy inflamada. Sobre Anarcha se sabe que llegó a sus manos a los 17 años después de un parto de tres días y a la que en un lapso de cuatro años Sims le hizo treinta cirugías experimentales sin anestesia, hasta que en ella misma logró la técnica adecuada para cerrar las fistulas, usando una sutura de plata (Sims, 1884:227-230)

La anestesia con éter fue usada a partir del año 1846 casi un año después de los experimentos de Sims. Se sabe por su relato autobiográfico que les proporcionó opio a estas tres esclavas, pero únicamente de la fase de recuperación, ya que en la época se suponía que la población negra poseía umbrales más altos ante el dolor en relación a la población blanca<sup>30</sup>.

Una vez que la técnica quirúrgica estuvo lista en 1853, el médico dejó Alabama y fundó en Nueva York el primer hospital de mujeres de los

---

<sup>30</sup> (<https://www.bbc.com/mundo/noticias> 17 sept 2017)

Estados Unidos. Allí, pudo aplicar su eficaz descubrimiento en mujeres blancas y libres, pero esta vez con utilizando opio y morfina para paliar las molestias<sup>31</sup>.

*Fertilidad / Esterilidad: El útero y la plantación en el descubrimiento de la naturalista María Sybilla Merian*

A partir del profundo interés por dominar la naturaleza que caracteriza las exploraciones de los naturalistas viajeros de los siglos XVII y XVIII se producen nuevos mapas y hallazgos. Los descubrimientos botánicos y zoológicos se cruzan con los hallazgos de la naturalista María Sybilla Merian sobre prácticas como las del aborto entre las esclavas negras e indígenas en las plantaciones holandesas de Surinam.

En 1699, una pionera de la emancipación femenina, María Sybilla viajó a Surinam en plan de cartografiar la flora autóctona con la esperanza de hallar una cepa botánica que le permitiera hacer fortuna. Sybilla era artista y naturalista. Cómo los cánones de la época le restringieron su carrera artística (las mujeres en aquel entonces no podían pintar con la técnica al óleo, con lo cual tampoco accedían a la profesión de retratistas de la nobleza, del clero o la alta burguesía) su aprendizaje fue limitado a las técnicas del dibujo y a las acuarelas.

Sus observaciones plasmadas en maravillosas ilustraciones no sólo retrataban las partes botánicas, sino los ciclos reproductivos del mundo vegetal y animal. Mucho antes que desde el saber autorizado de la biología se describiera y explicara cómo se reproducen las mariposas y polillas, María Sybilla, había refutado con sus relatos pictográficos la teoría de la generación espontánea. Sin embargo, su aporte no figura en la nómina científica. De la semilla al brote y de la flor a la semilla, sus acuarelas dan cuenta de la reproducción sexual de plantas e insectos y de las singulares

---

<sup>31</sup>Desde 1934 la estatua del cirujano James Marion Sims fue erigida en el Central Park de Nueva York en 1934. Finalmente, luego de décadas de lucha por parte de diversos activismos en el mes de abril de 2018 la estatua del Sims fue retirada de su emplazamiento ([https://elpais.com/internacional/2018/04/18/mundo\\_global/1524036400\\_696258.html](https://elpais.com/internacional/2018/04/18/mundo_global/1524036400_696258.html))



asociaciones de ayuda mutua establecidas entre especímenes animales y vegetales. Descubre así la interdependencia de los ciclos reproductivos en contextos micro ecosistémicos, es decir las alianzas biológicas entre plantas, insectos y pequeños reptiles.

Cuando viaja a Surinam recorre las plantaciones retratando la vegetación nativa esperando descubrir algún tesoro

fitoterápico que le permitiera hacerse rica (Pico, 2018). Una historia en la que se entrelazan los sistemas de explotación colonial, el afán por descubrir para apropiarse, una proto bio-piratería de las especies del nuevo mundo que reflejan los rasgos característicos de la episteme moderna como acción indisociable de los procesos de acumulación – colonización.

Su metodología de investigación cuasi-etnográfica, se apoyó en conversaciones con nativas y esclavas, conocedoras de las plantas y de sus propiedades medicinales o venenosas. Así se produce hallazgo sobre los usos secretos de la *Flos Pavonis*<sup>32</sup>, una planta cuyas semillas tienen propiedades abortivas y que era utilizada por las esclavas en las plantaciones para evitar tener hijos esclavos. Así, sin proponérselo, la naturalista europea descubre esta estrategia micro-bio-política de las esclavas, basada en un conocimiento fitoterápico de carácter ancestral.

El hallazgo de la planta *Flos Pavonis*, o Flor de Pavo Real,

---

<sup>32</sup> “En septiembre de 1699, la ilustradora y naturalista alemana María Sybilla Merian llegó a la Guayana Neerlandesa con una misión: pasar allí cinco años documentando e ilustrando nuevas especies de insectos y plantas. Divorciada y con dos hijas, María había vendido 255 de sus pinturas para costear el viaje, convirtiéndose en una de las primeras mujeres en realizar una expedición científica independiente. En el libro que resultó de aquella expedición, María documentó cómo las esclavas africanas e indias de la colonia usaban las semillas de una planta (que ella identificó como *Flos Pavonis* o Flor de Pavo Real) como abortivo. Escribió: “Los indios, quienes son maltratados por sus amos holandeses, usan las semillas [de esta planta] para abortar su descendencia y que no se conviertan en esclavos como ellos. Los esclavos negros de Guinea y Angola reclaman ser bien tratados, amenazando con rehusarse a tener hijos... Ellos mismos me lo dijeron” (Pico, 2018)

desmonta el velo sobre las relaciones carnales entre sociedad y naturaleza revelando las tensiones, agenciamientos y disputas entre la sociedad del amo y las esclavas. El aborto emerge entonces como estrategia de liberación a partir de la alianza con el saber sobre las plantas amigas que apoyan la rebelión uterina. Los saberes y las prácticas de las mujeres esclavas revelan esas continuidades vinculares entre cuerpos, territorios, reproducción y producción.

### *El parto en los relatos de cronistas de Indias y viajeros*

¿Cuántos saberes, prácticas y destrezas acumuladas por las mujeres, como los de la partería, se fueron suprimiendo con las sucesivas oleadas de misoginia, racismo y colonialidad desde el surgimiento de la modernidad?

En el encuentro con otras sociedades los cronistas de Indias se encontraron con una asombrosa diversidad de formas de parir entre las mujeres de la América colonial. Tanto en estos relatos que proliferaron a partir de la conquista de América como en los registros etnográficos de la antropología clásica de principios del siglo XX y de la antropología de la reproducción de los años 60 y 70 se evidenció la existencia de sociedades en las que parir parecía más fácil en comparación con la experiencia de las mujeres europeas (Azara, 1998; Lévi-Strauss, 1970, Blázquez Rodríguez, 2005)

Claude Lévi-Strauss (1970) en el capítulo X, La Eficacia Simbólica de su obra Antropología Estructural, presenta el primer gran texto mágico-religioso conocido en Sudamérica sobre un canto chamánico empleado por la cultura del pueblo Cuna de Panamá.

El objeto del canto es ayudar en un parto difícil y es de uso muy excepcional porque como el propio autor señala “las mujeres indígenas de la América Central y del Sur dan a luz más fácilmente que las de las sociedades occidentales. La intervención del Chamán es rara y se produce

en caso de dificultades a pedido de la partera” (Lévi-Strauss, 1970: 168). Comentario que está en consonancia con los registros de cronistas y viajeros sobre el tema y que introduce la importancia de los sistemas simbólicos en la experiencia fisiológica y el funcionamiento del cuerpo.

Entre estos relatos, son destacables por su rigurosidad descriptiva y nivel de detalle, los diarios de Félix de Azara.

Azara fue un notable naturalista al servicio de la corona española. Además, era ingeniero, militar y geógrafo. Bajo el influjo de la Ilustración recopiló información sobre la vida natural y social de las colonias en América del Sur.

Entre los años 1782 y 1801 recorrió los territorios de América septentrional, experiencia que quedó plasmada en sus diarios de viaje. En ellos quedó el registro de sus estudios zoológicos (particularmente de aves y mamíferos), geográficos, cartográficos, etnográficos e históricos. Se lo considera un precursor de los naturalistas sudamericanos del siglo XVIII como Humboldt y Darwin. También es reconocido como el primer geógrafo de la región.

Azara fue enviado por el Rey de España con la misión de finalizar la demarcación limítrofe de las posesiones de la corona española en litigio con Portugal. Desembarcó en Buenos Aires y se dirigió por tierra hacia el sur de Brasil a través de la Mesopotamia. En sus relatos se evidencia el afán por describir tanto los aspectos naturales y geográficos como los de los diferentes pueblos que habitaban el territorio. Demorado por las maniobras político-militares entre españoles y portugueses se dedicó a explorar y viajó desde Asunción del Paraguay hasta el sur de la actual provincia de Buenos Aires, pasando por territorio charrúa. Así conoció todos los pueblos indígenas de la región y retrató con detalle sus costumbres.

Sus diarios proporcionan abundante información sobre los procesos reproductivos de los diferentes grupos étnicos con los que estuvo en

contacto durante casi 20 años de travesía por la región.

Entre los hechos que más llamaron su atención se encuentran las formas de parir, abortar o evitar la preñez de las mujeres autóctonas. Especialmente se sorprende ante la relativa facilidad con que estos procesos reproductivos son experimentados en comparación con las dificultades de las mujeres europeas.

*“Se debe admirar igualmente la facilidad con que dan a luz todas las indias, sin ayuda de nadie, sin consecuencias enojosas, sin dejar de ocuparse el mismo día de sus quehaceres ordinarios y sin que jamás les falte la leche. Se lavan inmediatamente después del parto con agua a temperatura ambiente (Azara, 1998:96).*

El aborto y el infanticidio del recién nacido son documentados, pero expresando su reprobación y el cuestionamiento hacia la negligencia de los varones de las tribus sobre estas prácticas.

*“Las indias dejaban morir a muchas de sus crías. Las mujeres sólo conservan ordinariamente el último hijo del que quedan embarazadas, cuando esperan no tener más, en vista de su edad y el estado de sus fuerzas. Si se equivocan en el cálculo y tienen otro después del que han conservado, matan al último. Algunas se quedan sin hijos porque han calculado mal que tendrían aún otro. Yo me encontraba en medio de muchas de estas mujeres con sus maridos y les hacía severos reproches porque permitían sacrificar a sus propios hijos y exterminar así su nación, puesto que no podían ignorar que un matrimonio formado por marido y mujer no producía así más que un hijo. Me respondieron, sonriendo, que los hombres no se deben mezclar en asuntos de las mujeres” (Azara, 1998:62).*

Las mujeres Mbyás consultadas por el propio Azara, justificaron el aborto por dos motivos: embarazarse y parir a tiempo completo les “estropea, deforma y envejece el cuerpo” y luego los hombres no las desean, pero además refirieron las dificultades del traslado permanente cargando

una prole numerosa: “...nada más engorroso para nosotros que criar niños y llevarlos en las diferentes marchas, en las que con frecuencia nos faltan víveres; esto es lo que nos ha decidido a provocarnos el aborto en cuanto nos sentimos embarazadas, porque nuestro fruto siendo entonces más pequeño, sale con facilidad” (Azara, 1998:62-63).

El parto, el aborto y las prácticas de regulación poblacional fueron registrados por Azara como actividades propias de las mujeres en las cuales los hombres no tenían injerencia alguna. Tampoco encontró que hubiera algún experto certificado que se dedicara a la atención de estos procesos, ni la existencia de graves problemas que provocasen sufrimientos y mortalidad.

#### *De la invención de las dificultades y el desarrollo de técnicas e instrumentos*

Desde el siglo XVI hasta el siglo XX las intervenciones el interés de la medicina por dominar el proceso reproductivo tuvo un crecimiento ininterrumpido.

Los descubrimientos anatómico-fisiológicos parecieron producirse en una especie de fiebre de saber en la que no se consideró ningún cuestionamiento a los métodos de obtención de datos. El avance científico y la idea de que el progreso técnico es necesario para salvar vidas fueron justificación suficiente. Desde esta perspectiva que reúne todas las condiciones del antropo-andro-eurocentrismo, la naturaleza y por consiguiente los procesos reproductivos considerados como naturales, son imperfectos y necesitan de la ayuda racional e instrumental de la ciencia. No aparece ninguna problematización respecto de las dificultades que introdujo la entrada de los cirujanos y los anatomistas en la atención del parto, como las implicancias de la horizontalidad y la inmovilidad, el reemplazo de las manos de las parteras por los instrumentos metálicos de los cirujanos, ni la subordinación de las comadronas a un orden y a un saber único que rechaza los conocimientos acumulados por la experiencia de generaciones. Tampoco se considera que la persecución contra las mujeres, iniciada a partir del

Renacimiento y las capturas sobre la fertilidad tengan alguna injerencia en la proliferación de dificultades reproductivas.

La cantidad de intervenciones diseñadas por los cirujanos, muchos de los cuales fueron médicos militares y aprendieron su arte en el fragor de las batallas modernas es enorme. No es el objetivo de este capítulo reseñarlas en su totalidad sin embargo algunas de ellas merecen ser mencionadas por emblemáticas. Tal es el caso de la “episiotomía” por un lado y de la maniobra de Kristeller<sup>33</sup> por otro. Ambas intervenciones se realizan como procedimientos rutinarios, hecho que se reveló en las entrevistas realizadas y las fuentes secundarias consultadas en el marco de esta investigación.

En relación a la episiotomía cabe señalar que es una intervención realizada como rutina protocolar en los partos de primerizas. La episiotomía implica la realización de un corte en el periné que tiene como objetivo facilitar la salida de la cabeza fetal en el nacimiento. Fue descrita por primera vez por el médico militar Irlandés Sir Fielding Ould (1710-1789) en el año 1742 quien recomendó su uso preventivo. A partir de entonces comenzó se integró como parte del protocolo rutinario con la intención de evitar desgarros en el parto. Una vez más llama la atención la ausencia de cuestionamiento a la posición horizontal que es la que dificulta el proceso y condiciona la posibilidad de desgarros.

En cuanto a la otra intervención, la maniobra de Kristeller se trata de una técnica de empuje con el antebrazo que se efectúa cuando las contracciones se tornan débiles e irregulares. En este caso el objetivo es estimular las contracciones para que no se interrumpa el trabajo de parto. Nuevamente, la principal causa de debilidad en las contracciones es la posición horizontal que una vez más aparece como regla incuestionable<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> La maniobra de Kristeller consiste en la acción de ejercer presión con el antebrazo o los puños sobre el fondo del útero (abdomen alto) cuando las contracciones se vuelven débiles e irregulares.

<sup>34</sup> Samuel Kristeller (1820-1900) fue un médico de origen polaco que describió la técnica y recomendó su uso cuando fuera necesario y únicamente en determinado momento del parto. Actualmente es una maniobra desaconsejada por los daños que provoca y los riesgos que implica pero se sigue utilizando como procedimiento de rutina.

### *La hospitalización del parto y la fiebre puerperal a mediados del siglo XIX*

La atención obstétrica en los hospicios de mediados del siglo XIX se da en el marco de innumerables epidemias de fiebre puerperal de origen intrahospitalario.

La escena iniciática del parto hospitalario está plagada de muerte y sufrimientos, no obstante lo cual durante los siguientes cien años se instaló como la única vía segura de atención obstétrica que triunfó en su batalla contra la “ignorancia” y la “superstición” propias de la partería tradicional.

La historia de Semmelweis<sup>35</sup> es un claro ejemplo de esto. Es una historia en la que se cruzan género, clase, poder y cuerpo. En 1844 Semmelweis obtiene su doctorado en medicina y comienza a ejercer la obstetricia en el prestigioso Hospital General de Viena. Desde 1839 el hospital disponía la formación de médicos y parteras en dos pabellones separados con 400 camas cada uno.

Como señala Villanueva-Egan (2012:44) la atención se dirigía a aquel sector de la población que no podía cubrir el costo de la atención domiciliaria, usualmente a cargo de parteras. La hospitalización entonces estaba signada por pobreza, los nacimientos de hijos ilegítimos y en algunos casos por complicaciones obstétricas.

Un hecho aparentemente indetectable para la institución llama sin embargo la atención del joven Semmelweis a poco de su ingreso al hospital: la enorme diferencia en la mortalidad materna entre los dos pabellones. En el primero, atendido por médicos y estudiantes, la mortalidad por fiebre puerperal alcanzaba entre el 20 y el 50% durante los períodos de epidemia y se mantenía entre un 13-17% fuera de la epidemia. Sin embargo, en la sala atendida por comadronas en el mismo período mantenía un promedio del 1.5%. Con estas cifras, resultaba más seguro parir en plena calle que en el prestigioso hospital vienés. ¿Qué pasaba dentro del hospital para que se produjera semejante hecho? Mientras los interrogantes ocupaban al joven médico, un colega suyo muere luego de haber sufrido un corte accidental

---

<sup>35</sup> Médico de origen austrohúngaro que en a mediados del siglo XIX descubre el origen, intrahospitalario y vinculado a las prácticas médicas, de la epidemia de fiebre puerperal que se abatía sobre las mujeres atendidas en el hospital de Viena

durante la realización de una autopsia a una mujer víctima de la fiebre puerperal. Inmediatamente Semmelweis estableció la conexión y desarrolló la hipótesis de la contaminación por “miasmas” cadavéricos. Esta teoría permitía explicar la diferencia de la mortalidad entre los dos pabellones del hospital dado que, en uno de ellos, no atendían médicos ni estudiantes, sino únicamente parteras. Como las parteras no realizaban autopsias, ni estudiaban con preparados anatómicos, Semmelweis dedujo que ellas no podían llevar esos “miasmas” provocando la infección.

A partir de esta observación Semmelweis promueve el lavado y cepillado de manos y uñas con una solución clorada al 4%. Este procedimiento debía realizarse cada vez que finalizaban una autopsia y antes de iniciar la ronda de revista médica en la sala de partos. Poco tiempo después de adoptada la medida de higiene, se observa que la transmisión también ocurre en el pasaje de una revisión a otra y hace extensivo el lavado entre cada reconocimiento médico. El resultado fue la disminución de la sepsis puerperal a un 3%. Lo inesperado fue el rechazo de sus colegas que se resistieron a aceptar la idea de que los médicos pudieran transmitir enfermedades (Villanueva-Egan, 2012:45).

En la figura del médico se condensan varias jerarquías: varón, blanco, burgués y científico. En contraste, las pacientes acumulan una sumatoria de descréditos: son mujeres, pobres, sospechadas de moral dudosa, con trabajos precarios, en situación de explotación, des-territorializadas, despojadas, amenazadas, explotadas, solas en un horizonte patriarcal y predador. ¿Cuántos saberes, prácticas y destrezas acumuladas por las comadronas campesinas y populares se fueron suprimiendo con las sucesivas oleadas de misoginia que desde el surgimiento de la modernidad en el siglo XVI fueron caracterizando cada etapa de acumulación de capital? Una línea invisible une las continuidades entre los cuerpos y los territorios, ambos sucesivamente cercados por las modernizaciones y el desarrollo en occidente.

Semmelweis paga un altísimo precio por desafiar a la jerarquía médica. Es denostado como profesional, alejado de los centros hospitalarios,

impedido de ejercer su profesión. Desacreditado por sus colegas, termina sus días, aún joven, en un manicomio, perseguido por los fantasmas de las mujeres muertas y el sonido de la campanilla con la que el sacerdote del hospital administraba la extremaunción a las moribundas. Pocos años después es reconocido por Pasteur cuya teoría microbiana hace admisible la tesis sobre la asepsia propiciada por Semmelweis.

*La institucionalización del nacimiento en la Argentina: Cuerpo, territorio y raza en la trama de la construcción del Estado-Nación*

La institucionalización del parto en Latinoamérica está ligada a los procesos de construcción de los estados nacionales. Este proceso, que comienza a mediados del siglo XX, tiene tres rasgos característicos que se repiten en toda la región: la anexión de territorios salvajes y desiertos, el genocidio sistemático de pueblos originarios y la medicalización de la reproducción. La medicalización aparece como el brazo biopolítico utilizado en la construcción eugenésica de la población latinoamericana.

En América Latina el nacimiento formó parte del territorio de conquista. La formación de los Estados-nacionales latinoamericanos tomó la reproducción y los nacimientos como acontecimientos públicos. La medicalización de la sexualidad femenina y del parto constituye un punto de partida tanto para la construcción de un proyecto eugenésico (Yáñez, 2013) como para el disciplinamiento de las mujeres, especialmente las indígenas (Quiroz, 2016). La imposición de la obstetricia moderna de estirpe europea fue minando los saberes sobre salud y cuidados de los pueblos de América, especialmente los de la partería y los saberes de las mujeres respecto de sus propios cuerpos y procesos vitales<sup>36</sup>.

Como demuestra Federici (2015) la caza de brujas que se da entre los siglos XVI y XVII, tanto en Europa como en América, tuvo la

---

<sup>36</sup> “La guerra organizada por los médicos peruanos contra la medicina tradicional se ve claramente ilustrada en el juicio entablado por el Protomedicato contra la partera y curandera Dorotea Salguero, a fines de la década de 1820. Dorotea Salguero (1770-1838) era natural del norte del Perú y se había instalado en Lima desde principios del siglo XIX” (Quiroz, 2016:5) Artículo publicado en Revue d’Études Décoloniales, n° 1, oct. de 2016, URL: <http://reseaudocolonial.org/822->

intencionalidad de destruir la autonomía sobre la sexualidad y los cuerpos que las mujeres habían logrado construir durante centenios. La destrucción involucró la ruptura de lazos de cooperación y solidaridad entre mujeres, de saberes y prácticas de resistencia colectiva gestadas en las numerosas luchas contra el feudalismo. Es una historia aún hoy silenciada e invisibilizada, reducida a expresarse en narraciones populares e infantiles de forma folklorizada y subalterna.

Contrariamente a los cuentos infantiles, el apogeo de la persecución a las brujas se dio entre 1580 y 1630 y fue simultánea del proceso de colonización de los territorios de ultramar y del proceso de acumulación originaria. Las brujas representaron una amenaza para los incipientes estados nacionales porque conocían sobre sexualidad y reproducción. Van a constituir uno de los principales obstáculos con los que se enfrentó el biopoder. En un mundo que necesita la expansión demográfica para nutrir ejércitos, barcos, colonias y talleres, esos saberes se tornan preciosos y devienen peligrosos si no se controlan desde el poder. La guerra extendida por más de 200 años contra las mujeres es una guerra por el control de los recursos reproductivos y de los saberes asociados a ellos. El objetivo fue la enajenación del cuerpo, la sexualidad femenina y su fertilidad.

Como nos ilustran Ehrenreich y English (1981) las principales acusaciones, tanto en estados católicos como protestantes, fueron las de estar organizadas en fantásticos aquelarres, de ejercer su sexualidad de forma libre e irreverente y la de poder curar. Estos tres rasgos dificultaban el aplastamiento de las rebeldías campesinas, transformadas en herejías, y el control sobre los pueblos originarios, tanto en Europa como en América. Cuerpos, sexualidades y territorios enlazados en la resistencia, la guerra y la conquista. La caza de brujas es una de las guerras más extensas, más cruentas y letales de la modernidad. El impacto sobre la vida, los cuerpos y los saberes de las mujeres repercute hasta nuestros días y se extiende con una capilaridad que nos estremece cuando contactamos con esta historia negada. En esta guerra se anudan patriarcado y capitalismo. El secuestro y degradación de los saberes y prácticas de sanadoras y comadronas alienó a

las mujeres de los saberes sobre sus cuerpos. Sin embargo, es una guerra que no aparece en ningún tratado. Una guerra sin registros, ni memoria. Una guerra silenciada.

A medida que la medicina toma espacios antes ocupados por las parteras, se reduce cada vez más la actividad y participación de las mujeres en los procesos vinculados al nacimiento y a la sexualidad en general. Incluso se separa la sexualidad de la reproducción, enajenando el parto del conjunto de actividades sexuales en las que se entrama, como sucede con el cuerpo cuando es colocado en la mesa de disección anatómica.

El proceso de cercamiento sobre los cuerpos de las mujeres y el encierro en la maternidad como destino ineludible, pero alienado, construyó una de las más gigantescas paradojas de la modernidad: la potencia reproductiva como impotencia, la capacidad de generar vida como espacio de muerte y castigo, la actividad del parto como absoluta pasividad, como captura. Se reduce a las mujeres a la maternidad, pero simultáneamente se las enajena de esa potencia, como si de un mero envase se tratara. La idea de la mujer envase, presente desde los tiempos de Aristóteles, se resignifica, se amplía y extiende con esta apropiación. Forma parte del imaginario erótico, reproductivo y es uno de los bastiones que legitima la trata de sus cuerpos.

Durante el siglo XVIII esos cuerpos se diseccionaron para ver en su interior, para ampliar el campo de conquista visual. Finalmente, a mediados del siglo XIX, la disposición sobre la fertilidad será puesta a funcionar en la construcción de una identidad racial y de crecimiento poblacional vinculada a la construcción de los estados nacionales del continente americano.

La atención hospitalaria del nacimiento en Buenos Aires comienza a darse a partir de 1884. Fecha que coincide con la organización institucional del Estado-Nación Argentino y la definición de una política poblacional con una matriz decididamente racista y eurocéntrica. En la década de 1880 se promociona la política migratoria de europeos como estrategia de “blanqueamiento” racial al mismo tiempo que se llevan a cabo las grandes campañas genocidas como la conquista al “desierto” y la guerra contra el Paraguay. Las epidemias de fiebre amarilla y tifus colaboraron con

este proceso de definición étnica de la población argentina. La guerra contra el “otro” encarnado bajo las diversas figuras de negros, indios y mestizos, no puede dejar de incluir el control de esa otredad amenazante representada por las mujeres y su exorbitancia reproductiva.

Tanto en Europa como en América la apropiación de cuerpos y saberes por medio de la obstetricia moderna constituyó un genocidio epistemológico, un espistemicidio como le denomina Boaventura De Sousa Santos (2010). Además, también asume los rasgos de un femi-genocidio<sup>37</sup> tomando la definición de Rita Segato (2016) en tanto que este mecanismo de apropiación tiene carácter de sistematicidad en cuanto a su capacidad de daño sobre cuerpos y saberes ancestrales de las mujeres.

Así, la obstetricia moderna es uno de los dispositivos por excelencia del control territorial de ese cuerpo considerado como otredad ontológica y el instrumento que permitió su anexión al sistema de poder de la biopolítica. Asimismo, en la obstetricia moderna se articulan junto con el antropocentrismo, el racismo y el sexismo de manera automática pero velada.

En Argentina, el periodo de construcción nacional tomó desde fines del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, y uno de sus pilares fue la “maternalización” de las mujeres para fundar “la raza” nacional (Yáñez: 2013). La impronta de este sesgo ha dejado marcas y herencias que perduran en atención obstétrica actual y se desplazan tanto hacia las técnicas de fertilidad asistida como hacia las políticas de anticoncepción y control de la natalidad. A partir de seguir esas marcas podemos visualizar los sesgos eugenésicos, racistas, androcéntricos y antropocéntricos que se imponen bajo la apariencia de avances científicos y soluciones técnicas frente a la mortalidad, la pobreza o la enfermedad.

Durante todo el siglo XX avanzó la medicalización de la

---

<sup>37</sup> Segato, R (2016) pág. 149: “De esta forma, destinaríamos la categoría feminicidio a todos los crímenes misóginos que victiman a las mujeres, tanto en el contexto de las relaciones de género de tipo interpersonal como de tipo impersonal, e introduciríamos la partícula “geno” para denominar aquellos feminicidios que se dirigen, con su letalidad, a la mujer como *genus*, es decir, como género, en condiciones de impersonalidad”.

reproducción y el parto se desplazó masivamente hacia la atención en centros hospitalarios. En este camino hacia la institucionalización encontraremos avances y retrocesos de movimientos por la “humanización”, las críticas al intervencionismo que fueron dándose desde tanto dentro del sistema de atención médica como desde diversos conjuntos sociales, develando la vigencia de esta disputa sobre los cuerpos y los saberes.

Según Preciado (2019) no se trata de la reproducción biológica de la especie sino de la instauración de una epistemología colonial y capitalista que privilegiará determinadas prácticas en beneficio de la reproducción de las fuerzas de trabajo y también de una masa crítica de población de consumidores. “Es el capital y no la vida lo que se reproduce” (Preciado, 2019:25).

El acto de nacer, como también el de morir pueden ser comprendidos como prácticas de borde, liminares, de cruce en las que se evidencia la estructura política y legal de la modernidad colonial – patriarcal, de la diferencia sexual y del Estado-nación, que ubican al cuerpo humano en el límite de la noción misma de humanidad.

Ciencia, técnica y mercado considerados como los tres vértices del poder actual, redefinen los límites del cuerpo humano, no sólo frente a la animalidad y la alteridad (cuerpos racializados, no masculinos, cuerpos trans, cuerpos enfermos, migrantes, discapacitados) sino también frente a los procesos maquínicos, las automatizaciones, la inteligencia artificial y la logaritmicación de la vida. La revolución tecnológica actual lleva la marca de la nanotecnología, la ingeniería genética, la inteligencia artificial y la farmacología. En este escenario el cuerpo, la sexualidad y la reproducción ocupan el lugar que la fábrica marcada por la ingeniería genética, la nanotecnología, las tecnologías de la comunicación, la farmacología y la inteligencia artificial, afecta de lleno a los procesos de reproducción de la vida. El cuerpo y la sexualidad ocupan en la actual mutación industrial el lugar que la fábrica tuvo para la revolución industrial en el siglo XIX. (Preciado, 2019:36)

Entonces el carácter contemporáneo que asumen los procesos

reproductivos y especialmente el nacimiento porque es el tema de esta tesis, se enraizan en el proceso histórico de la modernidad. En este proceso el modo de producción del conocimiento científico oculta condiciones terribles en las que el secuestro de cuerpos y saberes, la crueldad, el sexismo y el racismo constituyen sus pilares, su fundamento oculto.

La revisión histórica sobre la producción de conocimiento anatómico y médico-científico de la fertilidad, la reproducción y el parto es central para entender la vigencia y aceptación de la crueldad gineco-obstétrica. La vigencia y aceptación de las prácticas invasivas en el parto forman parte de esta larga trama histórica en la que el mapa del cartógrafo se intercepta con el atlas anatómico bajo un mismo plan de conquista y dominación.

Las intervenciones y disputas sobre el parto a lo largo de esta historia que se entrecruza con la historia de las conquistas coloniales y del surgimiento del capitalismo, de la invención de la diferencia sexual y de la contradictoria biologización de lo humano, nos muestran una serie de continuidades y rupturas, algunas de las cuales son exploradas a lo largo de esta investigación.

## **Capítulo III**

### **Metodología y trabajo de campo: primeros hallazgos etnográficos**

El trabajo de campo tuvo que ser redefinido como consecuencia del aislamiento social preventivo obligatorio impuesto a partir de la emergencia sanitaria por covid19 desde el 20 de marzo de 2020. Las observaciones y registros etnográficos en hospital, clínica, salas de espera, consultas, cursos de preparación y grupos de difusión no pueden realizarse. No obstante, la estrategia metodológica se mantuvo y para la realización del trabajo de campo, dentro de los límites impuestos por la pandemia se realizaron observaciones participantes de encuentros virtuales relacionados con el tema de investigación.

En relación a la metodología, el sentido etnográfico propuesto desde el proyecto de investigación en 2019 se mantuvo a partir de la utilización de las herramientas metodológicas de la observación participante y de la entrevista no directiva.

La elección de la etnografía como método se basó en su capacidad para registrar y descubrir las experiencias desde el punto de vista del entrevistado y además por el reconocimiento de la reflexividad que se pone en juego en todo proceso de investigación social. Como señalan Hammersley y Atkinson (1994) los relatos producidos por los sujetos de la investigación deben ser valorados de la misma manera que los producidos por el investigador. Ni son epifenómenos, ni constituyen la verdad absoluta. Tampoco se debe exagerar en la diferenciación entre “relatos solicitados y no solicitados”, ya que todos los relatos son hechos sociales producidos en un contexto situado y nos informan sobre dicha contextualidad.

Así, las entrevistas realizadas desde una perspectiva etnográfica se

apoyan en la reflexividad y el conocimiento producido incluye a quien investiga dentro del campo de investigación. Esta construcción de conocimiento además está mediada por una relación de ida y vuelta con los desarrollos conceptuales y los aportes de las investigaciones sobre el tema, como así también las posiciones teóricas desde las que se observa lo empírico (Guber, 2001; 2004). La perspectiva etnográfica habilita un proceso de vinculación retroalimentada permanentemente entre el trabajo de campo, las lecturas, los interrogantes y la conceptualización del problema.

En este proceso, incluso con la bibliografía de referencia se producen situaciones de entrevista etnográfica. La lectura de la bibliografía funciona en cierto punto como las voces de las entrevistas con las que se establece un diálogo y del que surgen nuevas preguntas, interpretaciones o problemas.

También es importante subrayar que en un proceso etnográfico se evidencia que los datos de campo no provienen directamente de los hechos registrados, sino de la relación contextual entre investigador y el campo. Así, la información es siempre el resultado de esa relación de extrañamiento propia de la metodología etnográfica que implica “descotidianizar o exotizar lo familiar y de familiarizar lo exótico” (Guber, 2004:40). Este mecanismo de exotización de lo cotidiano y de familiarización de lo exótico permite estar adentro y afuera de la situación etnográfica lo cual resulta un recurso indispensable para la observación, la escucha y el registro. La etnografía, funciona, como una cinta de Möebius en la que es posible transitar la misma superficie sin que se produzca una ruptura entre interior y exterior.

Hay algo de vagabundeo en la técnica etnográfica. Es una técnica nómada. Pensada sobre la marcha porque los esquemas de la sociología positivista del siglo XIX no encajaban en el estudio de pueblos de los que se conocía poco y nada su idioma y que además no practicaban la escritura. A contrapelo de sus propias intenciones incluso la antropología evolucionista se encontró con el hecho de tener que vivir con las tribus para conocerlas y

ubicarlas en el esquema de la historia universal. En el origen del método etnográfico ya anida la contradicción con la ciencia positiva y se derrumba el dualismo ontológico que delimita y separa sujeto / objeto.

La etnografía, entonces, es un laboratorio marcado por el principio de incertidumbre. La presencia de quien investiga repercute, incide en lo que se investiga. También porque en el contexto externo a la investigación suceden hechos que influyen en la metodología. En este ámbito incierto cuentan las crónicas de etnógrafos que debieron postergar su estadía en el campo porque estalló una guerra, se desató una epidemia o sobrevino alguna catástrofe natural. Es verdad que al alejarnos del cuestionario estructurado y de los métodos cuantitativos, nos exponemos a una complejidad mayor tanto en la recolección de los datos como de su posterior análisis. Las técnicas etnográficas tienen esa similitud a un viaje por territorios desconocidos, incluso cuando lo que vayamos a investigar suceda en nuestra propia tribu. La etnografía es un viaje por el campo de la reflexividad que permanentemente nos transforma, descoloca y resitúa. Otra dificultad de este método es ponerle un punto final, definir cuando termina el trabajo de campo ya que se nos presenta como una tarea que podría ser infinita.

Durante los años 2020 y 2021 participé de las actividades correspondientes a semana del parto respetado y día internacional de la partera, reuniones del conversatorio de la Red Argentina de Casas de Partos y participación de encuentros de la Red Prisma. Ambas redes nacieron en 2020 en plena pandemia, Es una red integrada por profesionales de la salud de diversas especialidades vinculadas al nacimiento, primera infancia y salud mental, puericultoras, doulas, y personas interesadas en la atención del parto humanizado. La red Prisma es también una red interdisciplinaria pero que se enfoca en la atención de personas del colectivo LGTBI+ en relación a su salud sexual, tanto reproductiva como no reproductiva. De estos encuentros se incluyen los registros de las actividades, comentarios de participantes, principales discusiones y los testimonios de mujeres que sufrieron violencia obstétrica. También fueron la base para contactar a las personas

entrevistadas.

También durante el mismo período realicé 22 entrevistas, 14 a mujeres con experiencias de parto entre los años 1997 - 2020 y 8 a acompañantes y profesionales de la salud reproductiva (una médica, una psicóloga, dos doulas, una puericultora y tres licenciadas en obstetricia). De las mujeres con experiencias de parto entrevistadas 3 de ellas son doulas y una es puericultora. Todas ellas se dedicaron a acompañar gestaciones, nacimientos, abortos y lactancias motivadas por sus propias experiencias personales y las consecuencias de la violencia obstétrica sobre sus vidas.

Respecto de la inscripción social de las mujeres entrevistadas se trató de habitantes de la ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a sectores medios, de ocupaciones diversas, que cuentan con cobertura de salud tanto privada como de obra social y que tuvieron sus experiencias de parto en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense.

Los profesionales de la medicina y la obstetricia entrevistados (cuatro mujeres y un varón) estudiaron en la Universidad de Buenos Aires y desempeñan sus actividades en dicha ciudad y alrededores.

En cuanto al procedimiento, todas las entrevistas fueron realizadas a través de la plataforma digital zoom, grabadas con su previo consentimiento, catalogadas y desgrabadas textualmente. La duración de las entrevistas osciló entre los 40 minutos y las dos horas.

El formato de entrevistas por plataforma digital permitió que se genere un clima de confianza e intimidad. No hubo elementos disruptivos como las grabadoras o filmadoras, que suelen interferir en la fluidez de la comunicación. Si bien la comunicación a distancia es más restringida que la presencial, en este contexto restrictivo por la pandemia, funcionó muy bien, tanto para el registro de actividades como para las entrevistas. Si bien es cierto que mucha de la información relevante para el registro etnográfico no puede captarse ya que no se pueden relevar datos contextuales, no obstante,

el formato de entrevista no directiva virtual permitió la fluidez de los relatos, la escucha y el registro grabado de toda la actividad en video. El contacto con las personas entrevistadas se produjo a partir de la participación en foros, encuentros y redes realizados entre 2020 y 2021.

Además, el clima de intimidad fue favorecido por el horario nocturno en el que en general se realizaron las entrevistas. Por razones relativas al teletrabajo y al cuidado de hijos/as y otras personas, el horario de realización de la mayor parte de las entrevistas fue por las noches luego de las 22 horas o durante los fines de semana.

En función de la estrategia metodológica elegida, no se utilizó una guía de preguntas o un cuestionario predeterminado. En general las entrevistas comenzaron con una breve presentación del proyecto y con la pregunta acerca de las experiencias en torno al parto, ya sea como vivencia personal o desde la posición profesional, dimensiones que en los casos de los profesionales y acompañantes se cruzan indefectiblemente.

Además, se realizó el seguimiento en redes (Instagram y Facebook) de las publicaciones de diversas organizaciones que trabajan la difusión del parto respetado como: Amazonas Recuperando el Fuego, Parimos Conciencia, Guardianas del Origen, Parteras Mayéutica, Asociación Argentina de Parteras Independientes y Colegio de Obstetricia de Buenos Aires. Este seguimiento se realizó en fechas clave como la Semana del Parto Respetado -que se realiza a mediados de mayo- y el Día de la Partera en Argentina (31 de agosto).

### *El trabajo de campo y la complejización del problema*

Durante el trabajo de campo el problema de investigación comenzó su metamorfosis. Se resquebrajó por completo. A medida que se avanzó con las entrevistas, por los encuentros virtuales y ciber-activismos el foco que inicialmente fue puesto en la violencia obstétrica se desplazó hacia la construcción social de los cuerpos y del parto. El cuerpo emerge entonces como experiencia, entendiendo la experiencia en el sentido otorgado por

Joan Scott (1992). Es a partir de la experiencia que el sujeto se sitúa en la realidad social y percibe subjetivamente las relaciones sociales, que además se inscriben en contextos históricos y culturales específicos. La pregunta de Scott acerca de la historicidad de la experiencia como estrategia anti-esencializadora de la identidad (1992:24) se responde a partir de la integración del campo de disputas en torno a los sentidos, campo en el cual la “agencia” es uno de los nodos protagónicos. Ser sujeto implica la sujeción a condiciones determinadas de existencia, de posibilidad de dotación y ejercicio de agencia.

Así la experiencia como evento discursivo no sucede por fuera de estas sujeciones y es tanto personal como colectiva. Es desde el lenguaje que se representa la historia. Lenguaje y experiencia por lo tanto son indisociables. Desde esta perspectiva, la experiencia es lo que queremos explicar, no constituye el punto de partida, sino el de llegada, lo cual nos habilita a nuevas maneras de pensar las biografías, los relatos y los enfoques desde los que pensamos el cambio (Scott, 1992:32)

Tanto en las entrevistas como en el recorrido por las presentaciones de la semana del parto respetado 2020 - 2021 y las diversas páginas web de distintos colectivos activistas, el cuerpo toma protagonismo. Se lo problematiza, redefine, resignifica. Da cuenta de su carácter de construcción social, de entidad atravesada por el campo simbólico y emerge tanto como objeto social en disputa como espacio de agenciamiento subjetivo situado en un contexto en el que, desde el feminismo y otras posiciones, se cuestionan las concepciones biologicistas, ahistóricas y apolíticas. Desde estas voces y miradas se resquebraja el imaginario de la objetividad científica positiva que caracteriza al enfoque biomédico. O mejor dicho este enfoque es significado en su carácter de imaginario social, construido, situado y contingente.

### *Hallazgos etnográficos*

Un primer hallazgo etnográfico fue la buena predisposición para contar las experiencias de parto y las vivencias de violencia, tanto a nivel

personal como profesional. En las experiencias de parto percibidas como violentas fue explícita la necesidad de poder contarlas ya que en general fueron experiencias sobre las que no pudieron hablar o que fueron percibidas como violencia mucho tiempo después de ocurridas ya que se trata de un fenómeno naturalizado.

No todas las personas entrevistadas vivieron situaciones de violencia. En los casos que desde el primer parto fue planificado en domicilio, no se pasó por los avatares de la negociación de los padecimientos con la institución. En otros casos algunas violencias no fueron detectadas como tales y en otros las experiencias negativas habilitaron la búsqueda de alternativas, la participación en colectivos sociales, la emergencia de una nueva profesión o un cambio en la manera de actuar profesional.

Las entrevistas a mujeres con experiencias de partos giraron en torno al relato de las situaciones vividas. Las realizadas a las profesionales de la salud se focalizaron en sus recorridos profesionales y las situaciones que las motivaron a trabajar desde la perspectiva humanizada o bien a trabajar en la construcción de indicadores cuantitativos de violencia obstétrica para poder realizar peritajes judiciales.

Otro hallazgo etnográfico fueron los “conceptos nativos” (Guber, 2001) como “hippies”, “naturistas”, “animalidad” y “mamíferos” que son utilizados, por profesionales de la salud para catalogar el parto que sucede sin intervenciones médicas. La polaridad se establece entre medicalización y acompañamiento no invasivo como oposición lógica que demarca los límites entre seguridad/inseguridad; control/descontrol; vida/muerte; bajo riesgo/alto riesgo, parto intervenido/parto humanizado. En este esquema binario la medicalización opera como garantía de seguridad ante el desconocimiento del proceso fisiológico y el miedo infundido por generaciones. También es una operación simbólica que permite legitimar las intervenciones y la medicalización. La situación se invierte cuando tanto

gestantes como profesionales conocen y experimentan alternativas a la medicalización. Entonces aparece el carácter sexual del nacimiento, la potencia de los cuerpos y el estigma de “hippies” o “naturistas”.

### *La Violencia Obstétrica, significados y naturalización*

Desde la perspectiva “humanizada” se insiste sobre la recuperación de una anatomía viviente. La pelvis, la sexualidad y el placer. La importancia del cuidado de lo vivo. El acompañamiento consciente del parto exige un trabajo corporal intenso, muchas horas sin dormir ni comer, mucha responsabilidad en la atención para quienes los asisten. Además, los cuerpos gestantes deben prepararse previamente para la situación de parir. El nacimiento exige cuerpos preparados físicamente.

Desde la concepción fisiológica y humanizada, la primera violencia que se detecta es la limitación de movimientos. El cuerpo atado a una camilla, acostado, inmovilizado es un indicador de violencia porque impide el proceso e incrementa el dolor. La horizontalidad del cuerpo al parir es antifisiológica porque implica que la acción de la gravedad en lugar de facilitar el descenso lo dificulta.

“... la pelvis se mueve al compás de los movimientos fetales. Es una danza en la que ambos cuerpos bailan la apertura del cuerpo materno hacia el parto. La pelvis se abre en la danza, en ese movimiento constante y acompasado. Entonces, si se inhibe el movimiento se inhibe la producción de relaxina que es la hormona o neurotransmisor encargado de aflojar las articulaciones. Si la persona gestante es inmovilizada, la secreción hormonal se detiene” (Florencia, partera expositora en la semana del Parto Respetado, 2021)

Una atención adecuada del parto es aquella que permite el movimiento del cuerpo materno en la danza del nacimiento porque es desde este movimiento que se promueve la apertura corporal, la secreción de las hormonas que ayudan al proceso y evitan la producción de las hormonas

que lo dificultan o lo impiden como la adrenalina o el cortisol.

El cuerpo en situación de parto es un cuerpo que se abre, se relaja, se distiende. Cualquier estímulo contrario a estas tendencias lo cierra, lo acalambra, aumenta el dolor, impide la apertura, clausura la flexibilidad. Se menciona el impacto de la luz fuerte que nos cierra las pupilas. Así reaccionan los cuerpos a los estímulos invasivos, incluso los cuerpos de quienes no estamos en situación de parto.

El sonido metálico, la luz de quirófano, las voces fuertes, demasiada gente vestida de astronauta, docenas de tactos innecesarios, entre otros estímulos inadecuados, terminan por convertir un evento fisiológico normal en una situación penosa de alto riesgo. El cuerpo gestante sometido a los rigores del quirófano va a desarrollar mecanismos defensivos, alerta excesiva y dificultad de relajación.

“Ya cuando llego a la clínica, me hacen todos los protocolos y ya está, me cortan el mambo. Me sienta una mina y me dice te tengo que hacer un tacto para saber cómo estás. Ya cuando entrás a la institución algo se te cae. Se me cortó la conexión que tenía con mi cuerpo, todo. Empecé a sentir un dolor incontrolado, más insoportable. Me dice que sí o sí me tengo que acostar. Sí o sí me tienen que poner la vía. O sea que ya no pude elegir nada. Ahí viene me acuestan y los dolores se fueron a la mierda. Yo sospecho que me pusieron oxitocina, no me lo dijeron, pero las contracciones se volvieron totalmente distintas” (Barby, 30 años, primer parto 2016 en clínica privada por prepaga)

Mientras en los registros de actividades y en algunas entrevistas surgía el carácter sexual del parto, en otras casi contemporáneas en términos de fecha, se relata todo lo contrario. Así, la idea de que parir es sexual, coexiste con la idea de parir como evento patológico. En la concepción del parto como evento sexual está presente el hecho de que se trata de la culminación de la cópula, aunque la insistencia en la tecnificación de la fertilidad también amenaza este axioma. Dejando de lado la deriva

tecnológica que parece estar asumiendo la reproducción en la actualidad, si se produce como consecuencia de una relación sexual, el parto requerirá entonces condiciones semejantes a su antecedente, el coito: intimidad, tranquilidad, luz suave, silencio, calor, abrigo, humedad, olores corporales, fluidos que se esparcen, sensualidad. Por el contrario, si se produce como resultado de una operación de laboratorio, su desenlace lógico es el quirófano, un espacio aséptico, muy iluminado, donde los cuerpos yacen inmóviles y anestesiados, pasivos y la actividad es de quienes detentan el conocimiento tecnológico.

“Este modelo de atención (el intervencionista) cuenta con mucha permisividad social y eso está muy asociado a todos los discursos en torno al nacimiento, en torno a la maternidad, en torno a la mujer que existe. En dónde nosotras somos envases, somos incubadoras, lo que importa es que el bebé esté bien y todas estas cuestiones y nos salvan la vida, porque somos negligentes y todas estas cuestiones, que para nosotras, esto, el problema de la violencia obstétrica no es un problema médico. No es un problema científico. Es un problema cultural y político...Es como que hay algo en ese lugar pero que tiene que ver con esto, con el lugar que ocupa el nacimiento, que no podemos todavía ver que se trata de la vida sexual de una mujer... que es un hecho sexual y que si yo recibo violencia en esos momentos es violencia sexual, son abusos, son violaciones, pero como suceden en el marco de una institución y lo realiza gente que fue a la facultad, que se formó y que está vestida de abito, no podemos nombrarlos como lo que son: Son violaciones y abusos que no se pueden nombrar así” (Violeta, 41 años, primer parto por cesárea en 2013).

La violencia obstétrica cobra mayor visibilidad a partir de la existencia de las leyes 25.529 (parto respetado) y 26.485 (protección integral de la violencia contra las mujeres). Sin embargo, la percepción institucional de que ciertas prácticas son violencias y violan de los derechos humanos estaba presente en las instituciones. Pero se aceptaba como normalidad. Los mandatos “pórtate bien” o “cállate y pujá” están instalados. Forman parte de un léxico habitual. Pueden incluso ser dichos con voz dulce

y agradable. También puede haber violencia obstétrica en el parto domiciliario o en casas de parto porque la permeabilidad de la violencia obstétrica se relaciona con el carácter simbólico de la misma y como vimos puede darse en escenarios diversos.

“El maltrato verbal, mejoró, pero la práctica iatrogénica, sin ningún asidero científico, porque a mí me parece y porque a mí me resulta más cómodo, sigue, sigue. Yo en el Hospital L le escuché a una mujer mientras que le hacían un alumbramiento manual y la mina gritaba y yo le estaba agarrando la manito y casi me desmayo, una que se asomó y dijo: -Eh chicos afuera hay una gente de Derechos Humanos que quiere saber qué están haciendo- y todos largaron la carcajada mientras la mujer gritaba de dolor. Eso fue en el año 2001. Era en la época en el L abrías la puerta de la neo y salía un gato. Era un lugar muy tremendo y era tierra de nadie. Y además, cuando bajó la jefa a ver qué pasaba que había tanto escándalo, me miró y preguntó: -¿y ella que hace acá? (por mí) ¡Lo único que me falta que le vengan a tener la manito! Ese maltrato, así de esa manera, no estaría sucediendo” (Lucrecia, 50 años, doula y puericultora)

Actualmente este tipo de violencias tan explícitas fue mutando hacia otras modalidades más encubiertas, difusas, pero que producen daño físico y psicológico a diario.

“Ahí tuve mucho miedo, pero como en ese momento aún yo había opresiones que no había desandado, entonces me hacían cosas y yo trataba de abstraerme de mi cuerpo. Estaba más en la cultura del aguante que es típico de quién sufre una violencia. Yo tenía pensado no usar epidural hasta que en un momento yo ya tenía 7 de dilatación, me habían roto las membranas dos o tres veces, me habían toqueteado tanto que hasta mi compa quedó re impresionado porque a él le quedó la imagen de cuando me metieron el brazo y “te metieron el brazo entero”, fue como muy violento e innecesario porque era un parto que venía bien. Y ahí me dicen: Está de frente. Y me venían diciendo todo el embarazo que era muy grande, que es verdad era grande. Y me dijeron que si estaba de frente el problema es que

se podía trabar. Y ahí yo le dije bueno hagamos la epidural. Una vez que me hicieron la epidural, primero fue como la relajación total, pero me empezó a temblar una pierna. Me jodieron un nervio porque quedé con la pierna mal, con ciática desde ese día porque tengo dolor en el ciático desde ese día y nunca había tenido porque soy deportista. El temblor de la pierna izquierda me duró un día y medio. Bueno, ahí, me asusté más porque al no sentir mi cuerpo empecé a pensar que me iba a desgarrar porque no tenía registro. Fue una anestesia fuertísima. Cuando llega el momento del expulsivo, otro tacto, otro desprendimiento de membranas. Todo lo que me hicieron me lo hizo la partera. También me rompió la bolsa, me hizo de todo. El médico lo único que hizo fue acomodar la frente del bebé para que pueda salir. Cuando lo corona me dice pujá y yo pujé fuerte, porque no sentía nada. Y nació. Rapidísimo. Estaba lleno de gente, eso no me lo olvido más, lleno de gente. La gente que pasaba entraba a mirar” (Barby, 30 años, primer parto en 2016, en clínica privada por prepaga).

Entonces ¿Qué entendemos por Violencia Obstétrica? ¿Es sinónimo de intervencionismo o de abandono? Si no hay insultos, ¿hay violencia? Llegado este punto y aunque el concepto se trató en capítulos anteriores, es necesario definir precisamente de qué hablamos cuando nos referimos a la violencia obstétrica.

Gabriela Arguedas Ramírez, basándose en el filósofo Michel Foucault y la bióloga Anne Fausto Sterling, propone el concepto de “poder obstétrico” para explicarla. En este marco la violencia obstétrica es situada como un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio del poder obstétrico que es un dispositivo disciplinario de producción de cuerpos dóciles y sexuados. Entendiendo por sexuado al moldeamiento que según Fausto-Sterling (2006) se produce sobre el nivel anatómico corporal desde la impronta de una red simbólica binaria. Este dispositivo de disciplinamiento produce cuerpos acordes al mandato de socialización de género en una sociedad patriarcal. “En el caso de las mujeres, parte de ese disciplinamiento se ejerce por medio del poder obstétrico” (Arguedas

Ramírez, 2014:147).

El poder obstétrico como tipo de poder disciplinario, en primer lugar, procede a la patologización de gestación y parto. La medicalización del embarazo y el parto son centrales en el proceso de “colonización del útero” (Ehrenreich, 1993) y del cuerpo de las mujeres. En el capítulo sobre la historia de la obstetricia de esta tesis hemos abordado el proceso por el cual las parteras son desplazadas por los cirujanos en función del control estatal sobre las dinámicas poblacionales que se inicia a partir del siglo XV en la España de los Reyes Católicos. Este desplazamiento de las parteras y el interés de los incipientes estados premodernos van a incidir en profundos cambios en el modo de parir y el tratamiento respecto de los cuerpos en dicha situación. El parto horizontal, la inmovilización durante el trabajo de parto y parto, y posteriormente el uso de drogas anestésicas a mediados del siglo XX, que llegan a dejar inconscientes a las mujeres.

En términos de significación cultural, las sociedades occidentales modernas interpretan el nacimiento como una crisis médica y la terminación de un tipo de patología especial, el embarazo. La mujer no es percibida como agente activo tanto en la gestación, como en el nacimiento. Es considerada un cuerpo envase. “Hay un esqueleto que enmarca, unas contracciones uterinas y un feto. Este mecanismo reproductivo está siempre en riesgo de funcionar de modo poco efectivo. El obstetra es el mecánico en jefe y conductor de la bomba endocrina” (Gupta & Nikodem, 2000:274 citado en Arguedas, 2014:154)

“Cuando llegué tenía dos de dilatación...que no es nada... me dije esto viene para largo... me acuerdo que hacía unos ejercicios que había estado viendo, el sonido de la O, que mi mamá me miraba con cara de loca... Pero nada desde las 7 hasta las 11 de la mañana que vino la obstetra y me dijo “esto no va ni para atrás ni para adelante, me parece que vamos a cesárea” Y eso ¿Quién lo decide? Me acuerdo que le pregunté. “Lo decido yo” me dijo. “Así que vamos a cesárea”. Porque si no estás dilatando por algo es. Mi experiencia me dice que si no estás dilatando por algo es. Y ¿qué iba a

decirle? En ese momento...” (Sofi, 36 años, primer parto en 2016 por cesárea en clínica por obra social)

Las percepciones y saberes que una mujer embarazada o en trance de parto pueda tener quedan clasificados dentro de lo que Foucault denominó como saberes subyugados, es decir ese conjunto de conocimientos descalificados como saberes sin base científica y de poca jerarquía en la pirámide del conocimiento legitimado. Los saberes del loco, del enfermo, de las mujeres, de los salvajes. Saberes doblemente subyugados en razón del lugar de subordinación social de las mujeres en la estructura social de género que jerarquiza lo masculino sobre lo femenino. Las mujeres no pueden ocupar un lugar de igualdad en la relación con el personal de salud porque esta relación es de entrada asimétrica. La subordinación al poder médico en general y al poder obstétrico en particular es la norma instituida. En un sistema en el que cuerpo embarazado es entendido como “anormalidad”, deberá ser tutelado y para ello es necesaria la producción previa de la docilidad, la disciplina y la sexuación subordinada de dichos cuerpos. Entonces, la normalización entablada en el proceso de control del embarazo es el dispositivo de disciplinamiento por excelencia de poder obstétrico. El poder obstétrico como modalidad de poder disciplinario enmarcada en el espacio reproductivo de las mujeres, se ejerce en un territorio corporal singular, es decir sobre los cuerpos fértiles. En este dispositivo, las voluntades y acciones que cuestionen el orden establecido serán censuradas y perseguidas. También la docilidad puede entenderse como una actitud de negociación para evitar el castigo. Los procesos gestacionales son conceptualizados como procesos caóticos en los que impera el riesgo, por lo que deben ser vigilados y tutelados para evitar el caos. La imagen de embarazada como enferma o discapacitada que es una de las facetas de la maternidad como proceso sacrificial y sufriente se construye y reproduce bajo la impronta del poder obstétrico. El control sobre los cuerpos reproductores y el disciplinamiento que los hace dóciles, domésticos, a su vez producen el estereotipo de la madre sacrificial en un sistema de dominación que se modeliza sobre la opresión de las mujeres

(Arguedas, 2014:157)

Según Laura Belli (2013) la patologización del parto normal constituye en sí misma un proceso atravesado por la violencia simbólico-epistémica. En nuestro país, uno de los avances más importantes fue la creación de un marco jurídico que condene a la violencia obstétrica tipificada como una modalidad específica de violaciones de los derechos humanos de las mujeres. Su antecedente fue la Ley de Parto Humanizado, aunque no menciona a la violencia obstétrica como particularidad. Esta ley, la 25.929/2004, establece en su artículo 2° los derechos que las mujeres a ser informadas sobre las intervenciones que pudieran ser realizadas durante el embarazo y parto, y conforme a esto a poder decidir sobre su aplicación o el uso de opciones alternativas. Especifica además el derecho de las mujeres a ser tratadas con respeto, de manera individual, personalizada y con garantía de la intimidad durante todo el proceso asistencial y considerando sus pautas culturales.

La ley también establece el derecho al respeto a los tiempos biológicos y psicológicos a fines de evitar intervenciones invasivas y suministro de medicación innecesaria. Insiste en la consideración de la mujer como persona sana en un proceso de nacimiento también saludable, de modo que pueda ser protagonista de su propio parto y el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, como así también tener a su lado a su hijo/hija inmediatamente después de su nacimiento y durante toda la permanencia en el establecimiento sanitario, exceptuando los casos en que el recién nacido requiera de cuidados especiales (Ley 25929 – Art. 2, incs. g y h) (Belli,2013:28-29). Es importante señalar que esta excepción termina funcionando como regla debido a la posición subordinada de las gestantes en la relación médico-paciente y en el contexto institucional.

En los relatos de parto institucionales en los que la atención fue estandarizada, no hay casi ningún artículo de la ley 25.529 que se cumpla. Tal vez el artículo de mayor cumplimiento es el que establece el derecho a

no sufrir maltrato verbal, es decir que como consecuencia de la existencia de esta ley las violencias se tornaron más difusas, menos visibles.

La violencia obstétrica como acción sistémica, violatoria de los derechos de las mujeres y tipificada como delito, surge en Venezuela en el año 2007. El artículo 51 de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia determina que: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Belli,2013:29)

Todos estos artículos consagrados por la ley 25.929 no se respetan en las historias registradas. La posición supina con piernas levantadas, la estimulación para acelerar el parto, la inmovilidad, la separación de los recién nacidos por protocolo de control, la realización de cesáreas innecesarias, las episiotomías, la ausencia de consentimiento informado, son los procedimientos utilizados en todas las entrevistas en las que se registran partos medicalizados desde 1997 hasta 2020. Esto revela la persistencia de prácticas muy instaladas y la poca eficacia de la Ley de parto humanizado para revertir esto. Un factor determinante en esta ineficacia está en los supuestos que subyacen al texto legal que se basan en una situación de equidad entre mujeres, profesionales de la salud e instituciones sanitarias que no existe. Así, la Ley señala un ideal a seguir en la atención humanizada, pero no propone las medidas que apliquen a su concreción,

más allá de la expresión de los derechos consagrados por la misma. Derechos que chocan con usos y costumbres arraigados muy profundamente y que además tienen una eficacia simbólica legitimada y poderosa en la subordinación de lo femenino.

“Llego con 4 de dilatación. Ya había roto la bolsa. No había más líquido. La partera me hace el primer tacto, luego hubo más. Me dice que iba a quedar internada y que íbamos a seguir con todos los procedimientos. Le aviso ya de entrada que no quería anestesia y pone cara de “estás loca” y bueno...” (Pepa, 31 años. Primer parto en 2017 en clínica privada por prepaga).

En el año 2009 en Argentina fue sancionada y promulgada la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En el artículo 6° define las diferentes modalidades en las cuales se presenta la violencia contra las mujeres en diferentes esferas (doméstica, comunitaria y estatal). En el inciso e) define la violencia obstétrica como: “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. (Belli,2013:29-30)

En el siguiente fragmento de entrevista se registra como las intervenciones por protocolo, no sólo desconocen el marco legal, sino que dificultan el desenlace fisiológico y promueven más intervenciones para corregir lo que se altera. Entre las intervenciones que alteran el desarrollo del parto hay que incluir el factor ambiental, el trato y las conversaciones inoportunas y fuera de contexto. Son procedimientos que parecen insignificantes comparados con la administración de drogas, la inmovilización y los cortes, pero que se registran como molestias que acentúan el malestar. Se trata de formas sutiles de violencia institucional altamente naturalizadas.

“Cuando me volvió a acostar en la camilla el dolor fue... le digo no, no puedo estar así. Me acuerdo que me puso inclinada en la camilla para el monitoreo, pero después me dijo “¡te tenés que acostar!”. Habían frenado las contracciones y ella seguía hablando, seguía hablando, seguía hablando. Y hablaba y hablaba y hablaba... Me acuerdo que la conversación era sobre si Pep Guardiola era gay o no era gay. Que ella había vivido en España, en Barcelona y a mí me chupaba un huevo y medio. Pero bueno no tenía la fuerza para decirle que cerrara el culo. Calláte y dejáme en paz! Esa charla tan interesante hizo que yo no pudiera seguir con el trabajo de parto. Se empezaron a frenar las contracciones y bueno acto seguido empezó la inducción. “Te voy a poner un goteo con oxitocina para volver a activar las contracciones y que continúe el trabajo de parto”. A todo esto, cada media hora: “¿Vas a querer la anestesia?, ¿Vas a querer la anestesia? ¿Estás segura de que no querés la anestesia? Mirá que es ahora o nunca... ¿Querés la anestesia?” Cuestión que pensé que sí para que se callara, que estuviera callada 10 minutos... y porque el obstetra que yo conocía no está... y esto es todo una mierda y si dame si querés todas las drogas que tengas, ponéme todo. Así que terminé accediendo a la anestesia” (Pepa, 31 años, primer parto en 2017. Clínica privada por prepaga).

Al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica es una violencia fuertemente invisibilizada, en gran parte porque está naturalizada, normalizada, incluso por quienes la padecen. En las experiencias de partos registradas, tanto las que sucedieron hace más de veinte años, como las que sucedieron recientemente, el registro de la violencia obstétrica siempre es tardío, siendo la primera sensación la de desconexión con el propio cuerpo, la dificultad de conexión con los recién nacidos y la percepción difusa de que algo no estuvo bien relacionada a veces con una sensación de ineptitud o con la “cultura del aguante” como expresa una entrevistada. Es importante en este punto señalar que la violencia obstétrica se inscribe en una red más amplia de violencias que se ejercen sobre las mujeres en todos los ámbitos de su vida, con lo cual existe una preparación previa en descalificación, control, abuso y violencias que

las prepara para aceptar como algo natural, e incluso “benéfico” las acciones violentas en el parto.

“Yo esperaba que el parto fuera... yo iba a pujar y Fran iba a nacer y nada que ver. Nadie me explicó. La verdad es que fue una experiencia directa, sin la teoría de nada. Y después yo creo que es... (llora) yo me sentí muy mal” (Mechi, 46 años primer parto en 1997 en clínica privada por obra social).

No obstante la creación de diversas plataformas de acción contra la Violencia Obstétrica en los último treinta años (CEDAW/1979, la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer/1993), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer/1995; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Belem Do Pará”/1996 y el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica/2019) que alertan mundialmente sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, las violencias siguen siendo la normalidad en los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

Todas las plataformas, convenciones e informes insisten sobre las responsabilidades de los Estados Parte en la garantía de estos derechos a través del diseño y ejecución de políticas públicas que incorporen la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto. Sin embargo, las políticas públicas chocan con barreras institucionales que se insubordinan a las normativas internacionales ratificadas por la constitución y traducidas en un importante esquema jurídico de protección de los derechos humanos de mujeres y gestantes.

Camacaro Cuevas (2009) propone una interesante inversión lógica para entender la violencia obstétrica que consiste en “patologizar lo natural

y naturalizar lo patológico”. Esta inversión es la que ordena la práctica de la obstetricia en la actualidad y en ella se interceptan dos ejes históricamente significativos en la vida reproductiva de las mujeres: el pasaje de la atención del parto de las parteras a los médicos y el pasaje del espacio del nacimiento del hogar al hospital. La masculinización de la atención y su traslado al espacio hospitalario, catalogado como emblema de ciencia, verdad y seguridad, terminó de consolidar el poder indiscutible del saber médico en este ámbito de la sexualidad humana al mismo tiempo la creación de una conciencia colectiva que acepta como natural el nacimiento en el lugar de la enfermedad y la muerte (Camacaro Cuevas, 2009:148-49).

La legitimidad de la obstetricia como disciplina científica produce una ceguera médica frente a los impactos de la medicalización de la vida, la sexualidad y la muerte en la existencia humana. La irrupción en de esta posición epistemológica se relaciona con la patologización de la vida y a fin de evitar la emergencia de lo patológico, se medicaliza desde el momento de la concepción hasta el de la muerte (Camacaro Cuevas, 2009:154-56)

Como podemos ver, el concepto de violencia obstétrica no se refiere únicamente a las situaciones de maltrato personal e institucional, sino que responde a una compleja cosmovisión que se enraíza en la racionalidad del control político-científico del saber occidental y la tecnificación de la vida.

Otro hallazgo se relaciona con el carácter difuso y la dimensión micropolítica de la violencia obstétrica. Esta dimensión, se hace presente cuando desde posiciones muy subordinadas (es decir con poco poder institucional, como las de parteras, puericultoras, enfermeras y auxiliares) se expresan mediante gestos y palabras atemorizantes hacia las gestantes. El carácter de trama reticulada de relaciones de micropoder, como nos enseña Michel Foucault (1980) se evidencia tanto en los relatos que surgen de las entrevistas como de los testimonios que circulan por las distintas redes sociales.

La vergüenza sobre el propio cuerpo en proceso de parto también aparece en algunos relatos como un factor que dificulta la conexión con el proceso fisiológico.

“Yo tenía miedo de cagarme en el primer parto. De no estar depilada, que me agarrara antes de estar depilada, el cavado en la pelvis y las piernas, y me daban asco los fluidos... Entonces, una sensación de tensión porque estaba incómoda con eso. Y vomité un montón y cagué un montón y después terminé pidiendo la cesárea porque no aguantaba más el dolor. Porque no tenía idea de nada” (May, 30 años, cesárea en 2017)

Las situaciones más dramáticas de violencia obstétrica se significan en las entrevistas como marcas indelebles en los cuerpos y en las biografías. Desde la realización de doble episiotomía hasta secuelas físicas invalidantes de por vida y la muerte perinatal.

#### *El miedo al cuerpo y las disidencias sexuales normalizadas*

El desconocimiento sobre la fisiología del parto también incluye procesos como la lactancia. Estos agujeros cognitivos se interceptan con los prejuicios que existen en torno a las diversidades sexuales. Una persona trans o no binaria a veces prefiere callar o no participar de espacios porque se sienten discriminadas. El ámbito reproductivo y de crianza está muy heteronormado.

En los espacios de debate de la Red Prisma y de la Red Argentina de Casas de Partos, aparece esta preocupación sobre qué pasa con las diversidades sexuales en la atención obstétrica y perinatal en un ámbito que ya de por sí es violento con las mujeres heterosexuales. También expresan que no hay espacio en el sistema de salud hegemónico para el placer, la diversidad, la intimidad, la calidez y demás requisitos que caracterizan la sexualidad humana.

La heteronorma, lo no binario y la diversidad sexual aparecen como elementos en tensión en la atención del embarazo y el parto. Quienes

sienten que no encajan en lo heteronormativo prefieren silenciar sus identificaciones por temor a las violencias y la discriminación. Este silencio provoca situaciones de autodiscriminación.

“Soy una persona muy fluida. Yo no dije que me identificaba como no binaria. Sí me jodió que me identificaran como “mami”. Siempre tuve gustos más masculinos. Nunca me cuestioné nada. Fue en este último período que me ví más atrapada en mami y me tuve que ir. Estos lugares no me pudieron alojar y después lo pagué caro con la lactancia” (Barby, 26 años)

Según las palabras de una profesional “el modelo médico hegemónico está todo el tiempo invalidando a las personas: porque sos muy joven, porque estás en los ´40, si no tuvo hijos o si tuvo muchos, si tenés el útero para acá o para allá, si tus pezones son raros...La medicina está todo el tiempo invalidando a las gestantes, tanto más si se salen de la heteronorma. El modelo médico hegemónico se basa en el miedo, en cambio desde las alternativas a lo hegemónico se admite lo que no se sabe” (L.M, partera, conversatorio sobre parto y diversidad sexual, cuaderno de campo, mayo de 2021)

Otro de los temas emergentes es el relativo al consentimiento informado. Las personas no son consideradas como sujetos con poder de decisión sobre sus cuerpos en general, situación que se agudiza en el caso de las personas con útero. Retomando las ideas de Paul B. Preciado (2019), el útero parece ser el único órgano del cuerpo humano que se encuentra externalizado y que es objeto de intervención de políticas públicas estatales o religiosas. Ningún otro órgano recibe este tratamiento por el orden público. El útero es construido como entidad enajenada, cuyas decisiones las toman los estados a través de las acciones de salud pública y también otros actores, como los religiosos, pertenecientes a sectores de poder y control social.

Estas preocupaciones, por lo que sucede en los escenarios de la

atención perinatal y por las violencias naturalizadas que no dejan de multiplicarse, constituyen el núcleo básico de los temas abordados por los diferentes colectivos de salud anti-hegemónica. El tema se reitera año tras año. Cada semana del Parto Respetado emerge la discusión. También se banaliza el tema de la violencia obstétrica al presentarse como parto respetado un trato paternalista y edulcorado, pero en el cual no hay movilidad y la estrategia de atención es altamente intervencionista y basada en el enfoque de riesgo.

Los diferentes grupos que proponen alternativas al modelo intervencionista se centran en la difusión de los modelos alternativos, seguros y no violentos. Entre sus objetivos se destacan la sensibilización permanente y las acciones de empoderamiento de la población, especialmente de las mujeres y personas gestantes.

“Lo importante es que las personas estén activamente involucradas en sus decisiones, que puedan tener soberanía sobre sus cuerpos. Se trata de devolverles el poder” (Sandra, partera, entrevista, junio de 2020)

En estos esquemas conceptuales también se evidencia la aparición de una posición jerárquica entre quienes se consideran como agentes sociales que pueden devolverle el poder a quienes lo perdieron. El tema del “empoderamiento”, que supongo deriva del feminismo liberal, es otro motivo que se repite. Si bien hay diferencias entre profesiones y ámbitos, es interesante observar la tensión entre la sensibilización sobre el tema y una posición “evangelizadora” que siempre es jerárquica.

“Nosotres apostamos a sensibilizar y mostrar que existen otros modelos asistenciales que dejen de ponernos a todos en lugares dónde se reproduce la desigualdad” (Sandra, partera, entrevista, 2021)

### *Hippies, naturistas y mamíferos. La animalidad rechazada*

La posibilidad de encontrar conceptos nativos es otro de los aportes de la etnografía como disciplina teórico-práctica. Implica la posibilidad de

descentrarnos de los significados atribuidos como universales por nuestra naturalizada pertenencia a una sociedad, especie, grupo académico o la tribu que sea.

Los conceptos nativos permiten la revisión de supuestos dogmáticos, es decir de nuestro propio etnocentrismo. En casi todas las entrevistas realizadas y en ambos grupos, hubo dos significantes que se repetían sistemáticamente. Uno de los conceptos nativos más representativos que apareció fue el de “*hippie*” o “naturista”. Otro fue el de “mamíferos” y “animalidad”.

El sentido asignado a “*hippie*” como algo positivo, implica un rechazo fundamentado de prácticas autoritarias, violentas y científicistas. La primera vez que apareció el término hippie fue durante una presentación del primer borrador del proyecto de investigación y quién coordinaba la presentación preguntó si todo este tema del parto humanizado no era “*cosa de hippies*”. Luego durante las entrevistas y también en alguna bibliografía sobre el tema vuelve a aparecer este concepto. También, durante las participaciones en conversatorio y encuentros en torno a la semana del parto respetado, el concepto de hippie surge como categoría que interpela a las instituciones de salud.

En este sentido, *hippie* asume el significado del cuestionamiento fundamentado de las prácticas médicas instituidas como incuestionables pero que se expresan por medio de diferentes tipos de violencia (simbólica o física) y que producen iatrogenia y traumas.

Cuando un nacimiento fisiológico sin intervenciones sucede en una clínica resistiendo las posibles intervenciones protocolares aparece como sinónimo de “*hippie*” el concepto de “*naturista*”:

“Porque la institución tiene controles que hacer. Por ejemplo, había una médica que me decía que me acostara (cuando llegué) porque si no la comprometía a ella. Y con el bebé lo mismo. Cuando nacen la institución

tiene que revisarlo y verificar. Y tienen un protocolo que ellos tienen que cumplir a rajatabla. Por ejemplo, para salir de la sala de partos tenía que salir en camilla y acostada. Pero yo estaba de pie y caminando y no hubo caso. Había que cumplir el protocolo. Y Jorge (marido) pasó a ver que hacían con los recién nacidos y trataban como si fueran bolsas. Los fregaban, los limpiaban, les ponían sondas en el cuerpo y todos los bebés a los gritos. Y nosotros la tuvimos todo el tiempo con nosotros. La limpiamos después de un rato con un poquito de agua tibia. Nada invasivo. Y en la habitación cada vez que entraban las enfermeras se decían entre ellas: “estos son los *naturistas*”. Y nosotros no éramos naturistas. Éramos alguien que había buscado un parto respetado” (Mechi, 52 años. Segundo parto 2006)

Hippies y naturistas pueden ser tanto las gestantes como los profesionales. Son conceptos que califican aquellos comportamientos que no aceptan las normas instituidas, pero fuera de la ley, pero paradójicamente son los que se ajustan a las normativas de derechos humanos vigentes. Para quienes ejercen como profesionales el término “hippie” es molesto. Tiene el sentido de banalizar sus saberes y sus métodos, de desacreditarlos. Hippie y naturista funcionan como imágenes estereotipadas, como prejuicios y como todo prejuicio instala una jerarquía de saberes y prácticas.

En cuanto a la representación negativa de la fisiología como animalidad, las prácticas cortantes y la utilización de drogas parecen utilizarse para desanimalizar el parto, con lo cual la medicalización y las violencias serían formas de “civilizar” tecnológicamente la naturaleza biológica del nacimiento.

Respecto del concepto de “animalidad” la intención con que se usa se diferencia de las nociones esencialistas. “Animalidad” emerge como significado de revalorización de la naturaleza, la fisiología y lo biológico en un sentido crítico al biologicismo (esencialista) propio del paradigma mecanicista de la medicina.

“si la animalidad está en el cuerpo humano es eso... es una sensación de ... es lo más cercano a vivir la propia experiencia de la animalidad... yo me

sentía un animalito... y con la tranquilidad de Jime todo el tiempo diciéndome: todavía falta... sin hacerme un tacto ni nada. Después ella (la doula) tenía una técnica de ajustarme las caderas... me apretaba las caderas cuando me venían las contracciones y eso me ayudó un montón. Nada fue, fue fundamental. Me daba globulitos de árnica... en un momento la mandé a la mierda pobre... y en un momento empecé a entrar en esta animalidad de la que te hablaba... empecé a enfurecerme. A ponerme y sacarme la ropa. Me daba frío, me daba calor. Me abrigaba. Me desabrigaba. Caminaba alrededor de la mesa. Así. Como un león enjaulado. Y bueno, ahí me dijo media horita más. Y a las 4 de la mañana perdí el tapón y ahí se aceleró todo. Ahí fueron 24 hs exacto desde la primera contracción” (Sofi, 36 años, segundo parto en 2017 luego de una cesárea 3 años antes)

La referencia al concepto de “mamífero” es utilizada para resguardar la fisiología del nacimiento y cuestionar las intervenciones que la interceptan provocando complicaciones, más intervenciones y hasta la detención total del funcionamiento del cuerpo. Es un concepto que aparece entre las/os defensoras del parto respetado y forma parte de los fundamentos del proyecto de ley de Casas de Parto.

“La casa de partos piensa el nacimiento como un evento saludable y vital. Darle mucho espacio a nuestra vivencia emocional y a nuestras necesidades. A nuestra intimidad. A que se respete el tiempo del parto. Y que no haya ningún tipo de apuro ni de ninguna índole. Que prevalezca el tiempo que cada mujer, cada lesbiana o varón tras, tenga el tiempo necesario para que el parto ocurra. Es un tema bien para pensarlo en su línea fisiológica. ¿Qué significa desde la *biología*, desde la parte más *mamífera*? ¿Qué significa ese primer contacto con el bebé, también de ese alumbramiento? ¿Cuán importantes son esos momentos y esos espacios? (Diputada Mónica Macha, 31/08/2021)

Pero también es un concepto que se utiliza despectivamente ante las preguntas de las gestantes sobre parto planificado en domicilio o parto

en otras posiciones.

“En el primer embarazo yo le pregunté al obstetra si hacía partos domiciliarios y me respondió: yo no hago nacer delfines... una cosa así. Y bueno, pensé, estoy atravesada por la cultura, pero también tengo cuerpo” (Barby, primer parto en 2016)

*El nacimiento como acto sexual. Entre el erotismo, la violencia y la diversidad*

Otra recurrencia que emerge del trabajo de campo es la insistencia en la recuperación de una anatomía viviente de la vitalidad de la pelvis, de la sexualidad y del placer, del cuidado de lo vivo. La contracara de esta imagen es la de un cuerpo inmóvil, inerte e inactivo que debe recibir estímulos externos para funcionar.

Desde la concepción del cuerpo gestante en movimiento la primera violencia que se detecta es la limitación de moverse. El cuerpo atado a una camilla, acostado, inmovilizado es un indicador de violencia porque impide el proceso e incrementa el dolor. La horizontalidad del cuerpo al parir es antifisiológica porque implica que la acción de la gravedad en lugar de facilitar el descenso lo dificulta.

Las parteras insisten:

“... la pelvis se mueve al compás de los movimientos fetales. Es una danza en la que ambos cuerpos bailan la apertura del cuerpo materno hacia el parto. La pelvis se abre en la danza, en ese movimiento constante y acompasado. Entonces, si se inhibe el movimiento se inhibe la producción de relaxina que es la hormona o neurotransmisor encargado de aflojar las articulaciones. Si la persona gestante es inmovilizada, la secreción hormonal se detiene” (Francisca, partera durante una presentación en conversatorio durante la semana del Parto Respetado, 2021)

La atención obstétrica que permite el movimiento del cuerpo materno en la danza del nacimiento promueve la apertura, la secreción de

las hormonas que ayudan al proceso y evitan la de las hormonas que lo dificultan o impiden como la adrenalina o el cortisol. El cuerpo en situación de parto es un cuerpo que se abre, se relaja, se distiende.

Cualquier estímulo contrario a estas tendencias lo cierra, lo acalambra, aumenta el dolor, impide la apertura, clausura la flexibilidad. Se menciona el impacto de la luz fuerte que nos cierra las pupilas. Así reaccionan los cuerpos a los estímulos invasivos, incluso los cuerpos de quienes no estamos en situación de parto. El sonido metálico, la luz de quirófano, las voces fuertes, demasiada gente vestida de astronauta, docenas de tactos innecesarios, entre otros estímulos inadecuados, terminan por convertir un evento fisiológico normal en una situación penosa de alto riesgo. Y en este proceder no hay distinción de clase o etnia. El cuerpo gestante sometido a los rigores del quirófano va a desarrollar mecanismos defensivos, alerta excesiva y dificultad de relajación. Entonces, las intervenciones salvadoras serán bienvenidas y el progreso de la medicina elogiado por oportuno y eficaz. El parto medicalizado propone una posición del cuerpo de las mujeres que es análoga a la postura del “misionero” en el coito. Es una interpretación del parto como hecho sexual, pero en el marco de un paradigma de dominación y control de la sexualidad. El parto siempre es un hecho sexual pero su connotación es mutable según el contexto y los marcos de referencia que signifiquen la sexualidad. En el caso de la reproducción y del nacimiento ciencia y política patriarcal se anudan en una misma trama.

#### *Experiencias previas: pérdida de embarazos y tratamientos de fertilidad*

Las experiencias previas ya sea por pérdidas gestacionales o por el pasaje por tratamientos de fertilidad, constituyen una preparación para el futuro. En esta preparación la naturalización de ciertos tratos o procedimientos es clave. En un caso se interna en la maternidad a una joven que está cursando un aborto y luego el tratamiento para terminar el proceso de expulsión es realizado como si se tratara de un cálculo renal. No hay consentimiento informado, ni contención emocional. Hay que tener en

cuenta que es un aborto espontáneo que sucede en el 2013, muchos años antes que se sea ley la interrupción legal y voluntaria del embarazo.

“En la clínica, me internaron ahí. Mi hermana se agarró de las mechas con una piba de la recepción y le dijo: “está abortando, no la podés meter en maternidad” ... Nadie me dijo cómo iba a ser nada. Yo no tenía ni idea. Fue muy violenta la situación como me colocan la medicación. Bueno me ponen la medicación y a las 3 horas había empezado a tener contracciones y mucho dolor. ... y en ese momento cuando empezó el aborto... corrí al baño... hice un poquito de fuerza y expulsé el feto era bastante grande porque era de 13 semanas y quedó ahí. Vino mi madre y lo tapó con una toalla y me dijo: “Mariana ¿querés verlo?”. Yo ya había visto y lloramos las dos. Avisamos y nadie lo venía a buscar. Era horrible, horrible todo. Cuando lo vino a buscar la enfermera, después de 6 o 7 horas, no sé, la enfermera vino con un frasco de formol... ¿entendés? ... y se lo llevó en un frasco de formol... Horrendo... Yo sola y lloraba, lloraba... Y la médica cuando abre la puerta me dice: “Ay no entiendo por qué llorás tanto! ¡Esto es una boludez! Yo hago este procedimiento 20 veces al día” ... yo lloraba y lloraba. ¡Era mi primer hijo! ¡No tengo esto veinte veces al día!... Nada después me dieron el alta y vine a casa y estuve deprimidísima. Medicada. O sea, todo horrible. A parte cuando llegué a casa me dije: “me voy a dar una ducha. Necesito bañarme y acostarme en mi cama” ... y cuando me bañé empecé a perder calostro. ¡Casi me muero! ¡Ay! ¡Fue horrible!” (Mariana, 31 años-19 años en el momento del aborto)

La otra experiencia previa que aparece en las entrevistas refiere al proceso de diagnóstico para evaluar tratamiento de fertilidad. En este caso los primeros pasos del tratamiento fueron en hospital público porque aún no se había aprobado la ley de fertilidad asistida y los costos eran inaccesibles.

“Bueno, fue difícil. Fueron 6 años de búsqueda. Tuvimos que recurrir a un tratamiento de fertilización. Pasamos por unas experiencias horribles. Aún no estaba la ley de fertilización asistida y era carísimo todo. Entonces nos recomendaron ir al hospital R. que tienen en la parte de salud reproductiva,

las consultas y laboratorio, eran gratuitas, a través del hospital público... Fuimos ahí y la verdad es que fue horrible. Era indigno todo. Para poder acceder a estar dentro del tratamiento... mirá me acuerdo del médico, S. no me lo olvido más... Yo me acuerdo que era una cuestión en serie. Ahí te atendía el equipo. El equipo era él, una psicóloga, el andrólogo y la ginecóloga. Me acuerdo de ir, tener que ir muy temprano, tener que esperar, con todo lo que significa la incertidumbre y que de repente te diga: “Bueno hoy (nadie te decía hoy te vamos a hacer tal cosa) vamos a hacer una revisión ginecológica”. Y me acuerdo que me metieron atrás de una cortina, semicerrada, la ginecóloga me hizo un tacto, yo no entendía nada. Me sentí muy mal. Bueno hubo ahí unas idas y vueltas. Cuando nos dijeron bueno vamos a empezar nos mandaron a comprar la medicación, que me acuerdo en ese momento eran \$16 mil pesos, era carísimo en ese momento. No la compramos porque faltaba uno de los medicamentos y dijimos bueno, en el laboratorio nos habían dicho va a estar la semana que viene y ese mismo día a la noche nos llama el médico y nos dice, “bueno no, vamos a tener que pasarlo para el ciclo que viene, así entrás con el ciclo de otra pareja” Y eso sucedió tres veces. La cuestión es que desistimos del Hospital R y empezamos a ir... Ah y me olvidaba... nos hicieron hacer análisis de cosas inverosímiles: análisis genéticos, de ADN, de cualquier cosa. La cuestión que terminamos con un médico por mi obra social (...) cuando salió la ley de fertilidad asistida y fue otra cosa, nos preguntó: “por qué les quisieron hacer esto? Nos metieron en una especie de experimento de PGD (en el Hospital R.) que es extraer del óvulo fecundado para analizar si tiene problemas genéticos. El médico que nos atendió por la obra social en el tratamiento por el cual finalmente nace Dante, nos dijo: “Eso ni siquiera está aprobado y además los estudios dicen que trae malformaciones”. Yo pensaba esto es horrible... La cuestión es que con tres intentos quedamos embarazados. El trato en el centro de fertilización asistida fue maravilloso, super respetuoso. En una había fecundado dos óvulos, nos preguntaron. Nunca una imposición” (Nadia, 40 años, cesárea en 2017 atención por obra social).

En este caso el pasaje por el hospital público en ausencia de la ley

de fertilidad asistida es una experiencia negativa que permite la comparación con la atención privada, con cobertura de obra social y con la ley en vigencia, como positiva y adecuada. Así la “humanización” no involucra sólo el respeto fisiológico y se evidencia la complejidad del tema.

Lo interesante de estos dos casos es que, si bien no existían las leyes de Fertilidad Asistida y de Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo, si existía la de Parto Respetado que contempla el tratamiento humanizado en casos de pérdida gestacional y la obligatoriedad del consentimiento informado para los procedimientos a implementar y la prohibición expresa de realizar experimentos con las personas atendidas. Posteriormente con la puesta en marcha de las leyes de Fertilidad Médicamente Asistida<sup>38</sup> 2013 y la de Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo<sup>39</sup> (sancionada en diciembre de 2020 y vigente desde enero de 2021) introducen cambios significativos en la atención tanto de la infertilidad como del aborto. No ocurre lo mismo con la ley de Parto Humanizado, que se demoró 10 años en reglamentar y aún tiene poca o nula incidencia en la atención obstétrica.

#### *Momentos del trabajo de campo*

Estas dimensiones y discusiones conceptuales atraviesan los registros de observación participante realizados entre 2020 y 2021 que fueron realizados paralelamente a las entrevistas.

##### *1) Semana del parto respetado 2020*

Durante el mes de mayo de 2020 se registraron las actividades que organizó el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades para la Semana del Parto Respetado.

De la participación en esta actividad se pudo observar una intensa disputa alrededor de los Partos Planificados en Domicilio (PPD) y los partos

---

<sup>38</sup> La Ley 26.862 de Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, sancionada y promulgada en junio de 2013..

<sup>39</sup> La Ley 27.610 regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de todas las personas con capacidad de gestar. Es de aplicación obligatoria en todo el país.

en instituciones sanitarias que generó bastante controversia entre participantes con posiciones y pertenencias institucionales muy diferentes.

De las presentaciones de los diferentes expositores, la presentación de un reconocido médico sanitarista y docente universitario se centró en la necesidad de universalizar el parto respetado, pero siempre dentro de las instituciones sanitarias. Desde su experiencia como docente en la facultad de medicina de una universidad nacional del conurbano bonaerense incluye la utilización de videos caseros de partos domiciliarios para “enseñar” a las próximas generaciones de obstetras “cómo es un parto y cómo debe actuar el/la profesional de la obstetricia”.

El énfasis de su exposición estuvo puesto en la consideración del hospital o la clínica como garantes del “derecho a la salud”, proporcionando una imagen dotada de negatividad y desaprobación respecto de la atención por fuera de las instituciones hospitalarias.

“Usamos los videos de partos domiciliarios para que los estudiantes de medicina aprendan lo que es un parto respetado y puedan hacerlo en el hospital... *porque el lugar del parto es el hospital*. Es el lugar de la seguridad... el parto no puede ser domiciliario... *Debe ser en el hospital y atendido por médicos*” (M.R. reconocido médico sanitarista, docente universitario. Notas de campo, 20 de mayo de 2020).

Aquí aparece una primera paradoja: se desacredita el parto domiciliario, pero se lo toma como referencia de lo que hay que hacer, incluso de dónde se debe aprender. El Parto Planificado en Domicilio (en adelante PPD), no obstante ser desacreditado y percibido como peligroso aparece como el ideal de atención del parto a seguir y espacio de saberes y prácticas perdidos para las instituciones médicas, tanto de enseñanza como de atención.

Esta paradoja permite captar algunas de las contradicciones y disputas en torno al parto respetado. En primer lugar, el hospital, clínica o sanatorio, aparecen como los espacios seguros que garantizan tanto los

derechos como el cuidado de la salud y la vida, pero al mismo tiempo existe un reconocimiento implícito que en esos mismos lugares ocurren a diario las violaciones de derechos, la violencia obstétrica, las prácticas iatrogénicas y la patologización del parto.

En segundo lugar, se afirma que cualquier forma de atención domiciliar es de alto riesgo, además es individualista, clasista y poco responsable, desvalorizando la profesionalidad de quienes atienden de manera domiciliar y negando tanto el derecho a la autonomía de las gestantes como la legislación vigente que claramente no prohíbe el parto en casa. Se percibe como una amenaza el agenciamiento de gestantes y profesionales que desarrollan alternativas a la violencia institucional y al mismo tiempo se reconoce que el modelo de “parto respetado” del que se debe aprender es el que se asiste en domicilio.

En esta presentación y en las intervenciones de otros panelistas y del público se evidencia cómo operan una serie de dualismos ontológicos característicos (Roca, 2018) en torno a los significados del parto, el lugar, los derechos, la salud, la autonomía, el rol de la medicina y la subordinación de parteras, doulas y gestantes.

El siguiente cuadro sintetiza los principales dualismos que fueron surgiendo en las presentaciones de la jornada:

Parto Seguro	Parto Inseguro
Derechos	Vulneración
Médicos	Parteras / Doulas / Mujeres
Hospital	Hogar
Modernidad / Civilización	Oscurantismo / Barbarie
Responsabilidad	Irresponsabilidad
Seguridad / Seriedad	Riesgos
Proyecto de inclusión social	Proyecto elitista
Progreso – Desarrollo	Atraso – Subdesarrollo
Cultura y Ciencia	Naturaleza y Hippie

En torno a estos dualismos se establecen las principales disputas entre cuerpos, poder y saber que atraviesan las discusiones sobre el parto respetado, la subordinación de las mujeres (las que paren y las que atienden los partos) y la fisiología como algo que debe ser intervenido o como potencia autónoma.

Las posiciones que ponderan el espacio hospitalario reflejan una idealización que no siempre se corresponde con la realidad, ni tampoco constituye una experiencia universal, una norma. Lo que subyace a los argumentos idealizadores de la atención hospitalaria es una asociación de lo extrahospitalario como espacio de riesgo, descontrol, atraso y subdesarrollo. En esta trama discursiva el “derecho a la salud” toma la forma de un imperativo, de una imposición. “El parto humanizado, sí... pero en el hospital, siempre.” M.R, médico sanitarista. Notas de campo, 20 de mayo de 2020).

En otra de las presentaciones, realizada por una partera tradicional mapuche, se vinculó la atención hospitalaria con prácticas racistas y la relación de tensión entre las posiciones del Estado-Nación y la autonomía de los pueblos originarios. En su discurso planteó la exigencia del derecho al reconocimiento de la partería tradicional mapuche, del respeto por sus saberes ancestrales y milenarios. Los comentarios sobre esta presentación develaron un juego de tensiones entre la idealización de lo público como garante universal de los derechos y la crítica a las reivindicaciones de los pueblos originarios como rebeldes o antiestatales. Entre el imperativo: “todos tienen que acceder al hospital” y la expresión “el hospital no es un sitio seguro para nosotros -los pueblos originarios- porque allí hay mucho racismo” se puede observar la impronta de una idealización dogmática del hospital público que no reconoce su carácter “civilizatorio” y autoritario, ni tampoco la significación que el hospital tiene como representante institucional del estado-nación, y que en tanto tal, es percibido por las posiciones subordinadas, en el marco de complejas relaciones de dominación y desigualdad de larga data. Es decir, tanto el Estado como una

de sus instituciones centrales, el hospital, no son percibidos como instituciones neutrales. en especial para poblaciones estigmatizadas.

Por el contrario, para los actores sociales que vinculan al Estado con los Derechos ciudadanos, se evidencia una fuerte idealización de lo estatal y la negación de las contradicciones que lo habitan. En el caso de reconocer las contradicciones propias de lo estatal, aparece la salvedad que es desde “adentro”, es decir desde los mismos ámbitos estatales y públicos que deben realizarse las transformaciones (*Notas de campo, 20 de mayo de 2020*).

Otras voces profesionales pusieron el foco en las leyes y protocolos vigentes y en la posibilidad de replicar el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (Como la Maternidad Estela de Carlotto de Morón) en todos los ámbitos de atención reproductiva.

Las intervenciones y las discusiones planteadas en este eje evidenciaron la existencia de una gran susceptibilidad respecto de las críticas hacia las violencias que perduran en los espacios hospitalarios, a partir de actitudes defensivas y una necesidad de diferenciarse de lo que sucede en el 98% de la atención institucional. El chat del evento funcionó como sala paralela de discusiones en las que pudo observarse esta tendencia. Mientras se presentaba el caso Johana<sup>40</sup>, considerado el primer caso de violencia obstétrica en relación a una muerte perinatal judicializado en el país, hubo una intromisión de un médico que desde una clara posición anti derechos utilizó el chat para intentar boicotear el encuentro ironizando sobre los derechos de las mujeres en el proyecto de ley sobre muerte perinatal frente a los derechos vulnerados de los no nacidos en el proyecto de ley interrupción voluntaria del embarazo, no perdiendo oportunidad de

---

<sup>40</sup> Johanna Piferrer sufrió violencia obstétrica en 2014, durante el parto de su hijo sin vida de 33 semanas de gestación. En 2023, luego de casi 10 años de movilización y con el acompañamiento de diversas organizaciones sociales feministas, se promulga la Ley 1313 D/2021 conocida como Ley Johana busca mejorar las condiciones para las personas gestantes frente la muerte perinatal: establece procedimientos para su atención a través de un protocolo de acción, con presupuesto, espacios y asistencia psicológica, la creación de registros formales para sus estadísticas, y sanciones ante el incumplimiento del personal de salud.

ridiculizar las leyes de parto respetado y de protección de violencia contra las mujeres, especialmente cuando hablaba la diputada que presentó el proyecto de Ley que lleva el nombre de Johana.

## *2) Reuniones Red Argentina de Casas de Partos (agosto de 2021)*

La Red Argentina de Casas de Partos surge como iniciativa para acompañar y apoyar la creación y presentación del proyecto de Casas de Parto que es impulsado por una diputada nacional<sup>41</sup>. Se trata de un movimiento social y profesional del área materno-infantil y la salud integral de la mujer, orientado a dar respuesta a la demanda de todas las mujeres y personas gestantes que desean parir en un espacio hogareño, íntimo y saludable. También acompañan la salud sexual no reproductiva, la gestación, el parto y el puerperio. El modelo que se promueve desde la Red se basa en el Modelo de la Partería Internacional, desde una amplia perspectiva de género, derechos humanos y salud integral dónde las mujeres y personas gestantes puedan parir por fuera de la medicalización, pero con toda la seguridad sanitaria disponible dentro de la cobertura de la salud pública de acceso gratuito y universal.

Como colectivo social agrupa a personas y asociaciones muy diversas. También en este espacio existen tensiones y conflictos relacionados con las incumbencias profesionales, el rol del estado, las discusiones sobre el aborto, el alcance de lo público, los grises de las leyes vigentes respecto de la autonomía profesional de las parteras, los derechos, la diversidad sexual, las miradas holísticas, entre otras cuestiones.

Las casas de parto son espacios diseñados para el parto fisiológico normal que están por fuera de las instituciones hospitalarias pero articuladas con éstas. Un espacio de atención de la salud reproductiva que no está centrada en la idea de riesgo, peligro, temor y control. Están pensadas como

---

<sup>41</sup> En el proyecto de Ley 0462-D-2022, cuya autoría es de la Diputada Nacional Mónica Macha y la Red Argentina Casas de Partos, establece el Marco Regulatorio para el funcionamiento de Casas de Partos y Nacimientos en el Territorio Nacional.

espacios de circulación en las que los cuerpos se mueven con libertad, ya que el parto es un evento que reclama movimiento. El cuerpo gestante necesita moverse para que la fisiología funcione, para que las articulaciones de la pelvis se abran. Esta propuesta evidencia que el enfoque biologicista de la medicina hegemónica es antifisiológico. Sin movimiento, sin danza pélvica, el proceso se dificulta y puede obstruirse por completo convirtiéndose en evento de alto riesgo que necesita intervención externa para evitar el daño o la muerte.

Es aquí donde la idea de violencia obstétrica aparece relacionada con la anti-fisiología del parto medicalizado. Las parteras hablan desde sus saberes y desde sus praxis. Dicen: la pelvis mueve a la gestante. En esa danza hay una transición del abrazo uterino al abrazo externo que va construyéndose en el movimiento circular. Este danzar implica erotismo. Y también placer ya que ciertas hormonas como la relaxina, imprescindibles para la apertura pélvica, se producen cuando la pelvis se mueve en círculos. Pienso en las sensuales danzas del vientre orientales y también africanas. Entonces entiendo de qué hablan cuando dicen “recuperar los saberes ancestrales”.

La voz de una partera con mucha experiencia se expresa: “Si el parto es un evento social, sexual, cultural, no se puede parir en el lugar de la enfermedad y la muerte. A menos claro que ese sea el significado que esta sociedad le esté dando” (Partera en Semana del Parto respetado 2021. Notas de campo)

Las casas de parto se imaginan insertas en la comunidad barrial para que allí se produzcan eventos sociales saludables y colectivos vinculados con el nacimiento, el cuidado de la salud, la sexualidad y la crianza. Se piensa como una casa que pueda alojar, recibir, cuidar y proteger a quienes la habiten. “El cuerpo emocional también es vulnerado en la institución sanitaria” (Partera catamarqueña en Semana del Parto respetado 2021, notas de campo)

El proyecto de casas de parto involucra la atención integral de todo el proceso reproductivo: embarazo, parto, puerperio y crianza. Se presenta como un espacio de organización social del cuidado en el que se puedan recuperar el cuidado y los saberes perdidos en torno al nacimiento.

Así, el proyecto de ley de casas de parto se propone como una invitación a pensar el nacimiento desde otra lógica que la de la medicina hegemónica. La instancia del nacimiento se piensa como un acto de “sostén y cuidado de la vida”.

En el debate sobre casas de parto aparece un tema recurrente: la actual Ley de Parto Respetado no se llega a plasmar en la práctica porque es una ley que no se aplica desde las instituciones de salud y además su incumplimiento no genera penalización alguna. La expectativa es que desde un nuevo proyecto de ley (el de casas de parto) se pueda cumplir con lo anhelado de la ley 25.529 que no está pudiendo ser. También se percibe una esperanza alrededor de las casas de parto: que se superen las desigualdades entre el poder médico y las parteras.

La multiplicación y diversificación de diferentes escenarios de violencias es otra de las preocupaciones. Estas voces no hegemónicas expresan que no hay espacio en el sistema de salud oficial para el placer, la diversidad, la intimidad, la calidez y demás requisitos que caracterizan la sexualidad humana. Según las palabras de una obstétrica “el modelo médico hegemónico está todo el tiempo invalidando a las personas: porque sos muy joven, porque estás en los ’40, si no tuvo hijos o si tuvo muchos, si tenés el útero para acá o para allá, si tus pezones son raros...La medicina está todo el tiempo invalidando a las gestantes, tanto más si se salen de la heteronorma. El modelo médico hegemónico se basa en el miedo, en cambio desde las alternativas a lo hegemónico se admite lo que no se sabe” (Marina, partera, conversatorio sobre parto y diversidad sexual, cuaderno de campo, mayo de 2021)

Otro de los temas es el relativo al consentimiento informado. Las

personas no son consideradas como sujetos con poder de decisión sobre sus cuerpos en general, situación que se agudiza en el caso de las personas con útero. Cada semana del Parto Respetado aparece la misma discusión. También se banaliza el tema de la violencia obstétrica al presentarse como idea de parto respetado únicamente el trato paternalista y edulcorado, pero que continúa manteniendo el cuerpo inmóvil, en posición horizontal y bajo un protocolo asistencial altamente intervencionista centrado en el enfoque de riesgo.

Los diferentes grupos que proponen alternativas al modelo intervencionista se centran en la difusión de los modelos alternativos, seguros y no violentos. Entre sus objetivos se destacan la sensibilización permanente y las acciones de empoderamiento de la población, especialmente de las mujeres y personas gestantes.

“Lo importante es que las personas estén activamente involucradas en sus decisiones, que puedan tener soberanía sobre sus cuerpos. Se trata de devolverles el poder” (Sandra, partera, entrevista, junio de 2020)

En estos esquemas conceptuales también se evidencia la aparición de una posición jerárquica entre quienes se consideran como agentes sociales que pueden devolverle el poder a quienes lo perdieron.

“Nosotres apostamos a sensibilizar y mostrar que existen otros modelos asistenciales que dejen de ponernos a todos en lugares dónde se reproduce la desigualdad” (Marina, licenciada en obstetricia, entrevista, 2021)

### 3) *Entrevistas. Historias de parto*

Las entrevistas a mujeres con experiencias de parto fueron realizadas por zoom debido a las restricciones de la pandemia por Covid19 como ya se explicitó anteriormente. Su duración osciló entre los 45 y los 180 minutos. Todas fueron grabadas en registro audiovisual y desgrabadas textualmente. El objetivo de las mismas estuvo centrado en las experiencias personales de mujeres que tuvieron sus partos entre los años 2000-2020. En

total fueron 12 entrevistas y cuatro testimonios recogidos en el marco del Conversatorio de la Red de Casas de Partos realizado en agosto de 2021, que debido a su importancia testimonial fueron incluidos en la presente investigación, aun cuando se excedieran del tiempo planificado en la etapa de proyecto.

La elección lapso temporal se basó en la concurrencia durante los últimos veinte años (desde el año 1997 hasta el 2020), tanto en la Argentina como en la región latinoamericana, de diversos movimientos por la humanización del nacimiento. En este sentido, hubo activismos, surgimiento de organizaciones sociales que presentaron proyectos de ley (que continúan actualmente movilizándose y presentando nuevos proyectos y debates), se promulgaron leyes de protección como la Ley de Parto Respetado (Ley 25.929/2004) y la Ley de Protección Integral de la Violencia hacia las mujeres incluyó a la violencia obstétrica como una modalidad específica de violencia de género (Ley 26.485/2009).

La primera de estas leyes, la Ley de Parto Respetado (Ley 25.959), surge como resultado de la participación de la Argentina en la Red Latinoamericana y del Caribe de Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN). Dicha Red está conformada por un conjunto de redes de las diversas naciones que la integran, agrupaciones profesionales, movimientos sociales y personas particulares. Tiene como objetivo principal mejorar las vivencias del parto y las formas de nacer que han quedado atrapadas en una lógica intervencionista y medicalizada. Se originó como tal luego del Primer Congreso "Humanización del Parto y el Nacimiento" celebrado en la ciudad de Ceará, Brasil, en noviembre del año 2001<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> La declaración de Ceará considera al parto y nacimiento como el principio y punto de partida de la vida y por lo tanto como procesos centrales que afectan al resto de la existencia humana. Es una Declaración que promueve la urgente humanización del parto y consideran que este proceso de transformación del nacimiento es indispensable para la sostenibilidad de las sociedades futuras. La Conferencia de Ceará propone la humanización del parto como concepto central para el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo XXI e insta a todos los gobiernos, a los organismos integrantes de las Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y no gubernamentales participar activamente en la promoción de la humanización (Carta fundacional de la RELACAHUPAN, Ceará, Brasil, 5 de noviembre del año 2000 en <https://relacahupan.net/>)

A partir de esa fecha se fueron sumando cada vez más personas y colectivos de los países que no habían podido asistir al congreso y que comparten los mismos objetivos de la Red. Los grupos o personas de cada país que integra la red tienen autonomía de acción, pero lo que los identifica de forma singular es el trabajo desinteresado para mejorar la vida en el planeta a partir del logro de experiencias de parto y nacimiento sanos, satisfactorios y cuidados. La Red mantiene actividades de intercambio de información constante y el sostén de una campaña continental por la humanización del parto.

En la Argentina la Organización Civil “Dando a Luz” fue pionera en tomar la iniciativa de la RELACAHUPAN. Esta organización se conformó luego de que quienes posteriormente la fundaron, participaron en la Conferencia de Ceará. Dando a Luz es una organización integrada por diversos profesionales de la salud y otras disciplinas y tuvo un rol protagónico en el diseño del proyecto de la ley de Parto Respetado que se promulgó en 2009 como Ley 29.529. Una de sus integrantes, la antropóloga argentina Valeria Fornes tuvo una participación fundamental en la conceptualización de la violencia obstétrica como violencia de género y su inclusión como un modo específico de violencia hacia las mujeres en la Ley 26.485/2009.

Así, la conformación de movimientos y organizaciones sociales que visibilizaron las situaciones normalizadas de violencia en el parto, promovieron al mismo la transformación del marco jurídico de protección del nacimiento que tuvo lugar en estos últimos 20 años. No obstante, luego de 20 años las violencias no sólo siguen ocurriendo, sino que se profundizan mientras que el parto respetado continúa siendo una excepción, una expresión de “naturismo elitista” o un reclamo de colectivos contraculturales o hippies, tal como surge de las entrevistas realizadas. Tanto en los diversos contextos institucionales de atención, como en las distintas instancias de la formación profesional, estas leyes cuando no permanecen olvidadas en los márgenes ocasionan polémicas centradas en la

polarización entre riesgos y derechos como si estos fueran aspectos antinómicos que no pudieran conciliarse jamás. La representación del parto como un evento de altísimo riesgo que debe ser intervenido y controlado es la que predomina, circula y se difunde. No sólo entre profesionales de la salud. También entre la población en general.

Como se menciona en la Introducción, el reciente documento de las Naciones Unidas (2019) advierte sobre la vigencia, permanencia y estructuralidad de la violencia obstétrica en contextos institucionales de atención del parto de todo el mundo y la gravedad de los daños que produce.

Las experiencias relatadas en las entrevistas realizadas en el marco de la presente investigación reflejan estas contradicciones entre leyes y prácticas. Se manifiestan en el desconocimiento o ridiculización de las leyes, tanto por parte de las mujeres como de los equipos profesionales y también en las resistencias de las instituciones de la salud y de los centros de formación profesional para incorporar la perspectiva de derechos y la noción de parto vinculada a la salud sexual integral de las personas.

En todos los casos se relevaron experiencias de parto en instituciones de salud pertenecientes al ámbito de atención privada o de obra social. Las mujeres entrevistadas pertenecen en su totalidad a sectores medios y con ocupaciones variadas (profesionales, comerciantes y docentes). Todas ellas con alto nivel de instrucción (estudios universitarios o terciarios). Los nacimientos institucionales ocurrieron en reconocidas clínicas privadas de la Ciudad de Buenos Aires y del primer cordón del conurbano noroeste.

Las mujeres que narraron sus historias de parto para esta investigación pertenecen a diferentes generaciones. Algunas ya pasaron los 50 años de edad, otras están entre los 30 y los 40. No importa el tiempo transcurrido desde sus partos, todas recuerdan ese momento como si estuviera sucediendo en la actualidad.

Todos los relatos son conmovedores, emocionantes y en algunos casos también son trágicos. Más allá de las malas o buenas experiencias vividas el tenor emotivo con el que fueron relatadas nos habla de la importancia biográfica del momento del parto y como así también la profunda huella que deja esa experiencia. Ya sea desde el terror como desde la potencia en ningún caso significa un hecho que pueda reducirse a la historia clínica. Es la escena por excelencia tanto para la expresión de la fuerza de la fertilidad como para el ejercicio de su sometimiento y mutilación. Los relatos que se presentan a continuación nos refieren a esos escenarios, los de la potencia y los de la tortura. Esta contradicción entre derechos humanos y prácticas de crueldad nos conduce indefectiblemente a la pregunta por los significados sobre esta persistencia y por las dificultades para revertir la significación del nacimiento como un ritual tortuoso.

Durante las entrevistas se produjeron distintos ciclos de emocionalidad de intensidades variadas. Momentos de risa, de enojos, de placer y entusiasmo, de pena y llantos. En todos los casos las entrevistadas manifestaron el deseo de contar sus experiencias de parto. Resulta sorprendente la necesidad de hablar que suscita el tema, la importancia asignada a los relatos y las emociones que emergieron incluso en narraciones que se remontan unos 20 años atrás. Este es uno de los hallazgos significativos del trabajo de campo realizado: la necesidad de contar lo que pasó en los nacimientos y cómo este momento implica profundas transformaciones biográficas, más o menos dramáticas. Las entrevistas se dan en un clima de intensidad y aún acontecimientos sucedidos en el pasado, se actualizan como si estuvieran sucediendo mientras son narrados.

En principio para organizar el material obtenido en las entrevistas y los testimonios se han seleccionado tres grupos clasificatorios:

- 1) Historias de parto con dos experiencias diferentes (medicalizada y humanizada)
- 2) Historias de parto con única experiencia medicalizada

### 3) Historias de parto no medicalizadas

En todos los relatos se encontraron significados comunes y problematización de los mismos. El desconocimiento sobre los procesos corporales pudo mutar en algunos casos hacia una resignificación de la experiencia y una apertura a otros significados del parto. En estos casos la idea de parto como algo doloroso y de un sufrimiento inevitable en esos casos se transformó en la del parto como evento de la sexualidad humana y expresión de la potencia corporal. El reconocimiento posterior de las violencias y de la imposición de una relación jerárquica. La naturalización de la crueldad o su justificación para evitar males peores. La obediencia incuestionable a las normas institucionales por desconocimiento o temor, la subordinación de las mujeres y de profesionales a protocolos que no aceptan el marco legal vigente y que rechazan cualquier saber que no sea el propio, el miedo al descontrol, las mutilaciones por rutina, los castigos, las amenazas, las heridas irreparables y en algunos casos daños graves y la muerte luego de prolongada agonía de un bebé. Pero también se registraron experiencias que parten de una concepción saludable y sexual del parto en la que se transmutan los significados autoritarios y violentos. En estos casos la influencia de mujeres con experiencias positivas que brindaron otros saberes y perspectivas, fueron determinantes para la transformación del ideal mortificante del parto. Es aquí donde a partir de hermanas, amigas o incluso información de las redes sociales, aparecen las doulas y parteras como apertura hacia las experiencias activas y humanizadas. En uno de los casos, la apertura se produjo a partir del contacto con parteras indígenas de Brasil en el marco de un relevamiento en el que esta entrevistada participó como profesional. Este contacto con el mundo de la partería indígena produce una revolución epistemológica que posteriormente impactará en sus experiencias de parto. El relato de Bárbara permite registrar este choque conceptual y el impacto sobre las ideas naturalizadas sobre el parto intervenido:

“Yo al 2018... la verdad yo en Brasil trabajaba con pueblos tradicionales, población indígena, quilombola, pantanera. Y en 2018 hicimos un encuentro

con parteras tradicionales de la región centro de Brasil y a mí lo que me marcó de este encuentro fue escuchar... que había unas 20 y algo de mujeres, algunas que trabajaban con raíces y otras con religiones. La más antigua era una mujer negra y judía. Ella había hecho entre 900 y 1000 partos. ¿Y cuántas mujeres se murieron de las que atendiste? Le pregunté. Una me dijo, y se murió porque tenía un episodio de pre-eclampsia. Y eran dos parteras, ella y otra que no tenía tanta historia como partera. Cuando vieron que la presión estaba alta llevaron a la mujer al hospital. Llegaron ahí y tuvieron que convencer al médico de que la mujer no estaba bien. Y el médico les decía: que saben vosotras sobre esto... y ella le decía no sé, pero me parece, por favor... fíjese las piernas como están hinchadas... y ella contaba que esa fue la única que perdió” (Bárbara, 30 años, socióloga y demógrafa).

Vemos así que el derrotero hacia la humanización del parto se presenta como un camino sinuoso en el que se entrecruzan las experiencias previas, la información difundida por las redes, el trabajo de las organizaciones y la presencia cada vez más protagónica de doulas y parteras.

Entre los significados en disputa es relevante aquel que enuncia el el carácter sexual del nacimiento<sup>43</sup>. Parir como evento sexual, como resultado o culminación de la cópula, más allá de la insistencia en la tecnificación de la fertilidad y reproducción. Si bien en la actualidad la reproducción está tomando un carácter cada vez más biotecnológico desde el momento de la fecundación, si se produce como consecuencia de una relación sexual, el parto requerirá entonces condiciones semejantes a su antecedente: intimidad, tranquilidad, luz suave, silencio, calor, abrigo, humedad, olores corporales, fluidos, movimiento<sup>44</sup>. Sin embargo, no es el

---

<sup>43</sup> Al respecto recuerdo una definición irónica sobre la vida que escuché de mi papá médico y que circulaba entre sus amigos y colegas: *“La vida es una enfermedad de transmisión sexual que comienza con la concepción y termina con la muerte”*

<sup>44</sup> La matriz tecnológica de la reproducción retira el cuerpo del plano erótico para observarlo e intervenirlo en el laboratorio. Esa es la tendencia no sólo en la reproducción

significado predominante. Los mandatos “pórtate bien” o “cállate y pujá” están instalados, aunque en los espacios de las clínicas privadas aparecen modulados con voz dulce y agradable. También aparece en las entrevistas la problematización del parto planificado en domicilio en el que también puede haber situaciones de violencia. Lo cual da cuenta de la complejidad del tema.

Todas estas discusiones forman parte de los hallazgos de campo. Surgen en las entrevistas realizadas a diferentes actores de la atención del parto y también aparecen como dimensiones habituales en las presentaciones y debates de la semana del parto respetado y las discusiones de los grupos activistas en las redes sociales. La idea de que existe un conjunto de grupos sociales dispuestos a cambiar la forma de nacer es otro emergente actual que cobró mayor fuerza a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Legal del Embarazo. Y menciono esto último porque las luchas de colectivos sociales feministas y de mujeres habilitan, no sin contradicción y disputas, una apertura para pensar el cuerpo de las mujeres desde el placer, la autonomía y las experiencias gozosas de la sexualidad.

La concepción de salud es otro fuerte campo de discrepancias. La salud entendida desde el modelo médico hegemónico hace foco en el riesgo y lo patológico mientras que desde las alternativas que la cuestionan se subraya el componente sexual y placentero como requisito indispensable para una gestación y un nacimiento saludable y no violento.

Así la negación o el rechazo del carácter sexual del nacimiento es considerada como una de las expresiones de la violencia obstétrica. Desde cómo se viste a la persona en situación de parto hasta el espacio físico dónde tiene lugar el evento, todo confluye para neutralizar el componente erótico de la escena. El cuerpo gestante se pierde entre las ropas, la habitación con luz fría y el instrumental de monitoreo. Sólo los genitales

---

humana, en la producción agrícola-ganadera es el modo de reproducción imperante.

quedan expuestos en un recorte anatómico, separado del cuerpo.

“Parir y nacer es algo erótico. Es parte de la sexualidad, del placer. Más que un tema de género tiene que ver con un sistema dominante que condena a las personas al miedo y que transforma los procesos que son la oportunidad de expandir la capacidad vital y amorosa en algo aterrador. El modelo médico hegemónico genera personas dependientes e inseguras de su propio cuerpo. Pero hay otros modelos que apuntan a la salud integral y a los derechos humanos, a la autonomía y a la soberanía de las personas” (Marina, partera, conversatorio sobre parto y diversidad sexual, Red Prisma, mayo 2021)

Otra cuestión que bordea las discusiones y conversatorios es la que se refiere a la pregunta por el parto respetado.

“¿Por qué se habla de parto respetado si se trata de un proceso fisiológico normal? La atención perinatal es cada vez más cuestionada. Es violenta, intervencionista, binaria, adoctrinada y disciplinaria. Entonces el modelo de parto respetado pone en jaque todo el sistema de salud. Si no tenés información previa sobre lo que te va a pasar la escena del parto puede ser algo de terror” (Agus, 28 años, doula, y activista, conversatorio sobre parto y diversidad sexual, Red Prisma, mayo 2021)

La violencia obstétrica como mecanismo patriarcal está relacionada con un castigo a los logros de las mujeres en el campo laboral y social. Las entrevistas realizadas a referentes de colectivos feministas insisten en el carácter patriarcal de la V.O.

“A medida que las mujeres accedemos a espacios antes vedados en el trabajo, en el espacio público, a medida que tenemos voz y reclamamos por nuestros derechos, la V.O viene a cobrarnos peaje. Es como si nos dijeran, no se crean que se acabó la desigualdad... no, no. La dominación sigue presente y entonces cuando vas a parir, ahí con toda tu vulnerabilidad, te la ponen, de una. Es cómo la marca de los esclavos” (Barbie, 32 años,

psicóloga y activista)

Otro tema recurrente es sobre la demora en percibirse como objeto de violencia obstétrica. El registro de la violencia obstétrica se produce mucho tiempo después de su ocurrencia. Incluso pueden pasar años antes de que las personas que la padecieron puedan reconocer su existencia y sus efectos.

Esta demora en el reconocimiento de la violencia obstétrica está cambiando. Su difusión social en foros, redes y espacios cotidianos, así como la existencia de una ley que la define como una modalidad de violencia hacia las mujeres, la 26.485, están operando en la visibilización del tema.

“Yo me quedé muy traumada con todo lo que pasé de dolor, con todo el proceso y con el resultado, porque yo quería un parto natural y no fue. Pero bueno siempre priorizando y ponderando que Franco estaba conmigo. Hasta que más o menos, te diría que, a los 6 meses de Franco, entre los 6 y los 9 meses, me atacó. Empecé en un momento a ver, no sé si en Instagram... empiezo a leer relatos de partos. Y yo empecé a pensar: mirá vos... cómo que iba procesando... empiezo a leer y empiezo a darme cuenta de lo que me pasó. Y empiezo a sentir que eso que yo sentía que no me había gustado de todo lo que me había pasado tenía un nombre” (Luján, 41 años. Cesárea en 2019)

“De repente miramos porque había un silencio increíble y el bebé no lloró porque estábamos re anestesiadas las dos. Posiblemente eso interfirió en la lactancia, creo. Nos hicieron mierda a las dos. Y mucha gente recuerdo. Mucha gente mirándome la concha. Era irreal. Si me permitió el médico agarrarla con las manos. El la sostenía y la pude agarrar un instante. Me acuerdo mi desesperación por tenerla encima y sacarme el delantal para ponérmela en el pecho. Y se la llevaron sin que pudiera ponérmela en el pecho. Sin embargo, todo eso lo vivía callada porque estaba dissociada. Mi primera emoción no fue amor, no fue nada. Después de la anestesia no pude

sentir nada. No sentí nada y me quedé muy mal. (Barby, 26 años, primer parto en 2016 atención por prepaga en sanatorio privado de alto nivel).

“Con mi segunda nena si pude sentirla porque me llegaron a hacer una anestesia muy leve, porque yo les pedí que sea mínima, entonces no se frenaron las contracciones fisiológicas y yo sentí el coronamiento, no con dolor, pero si sentí su cabeza llegando a mi vagina y sentí cuando salió y salió lo más bien. Entonces ahí algo se resignificó. Y ese vínculo empezó bárbaro después de un embarazo super contradictorio. Es tan importante ese momento para el futuro. Yo no sé si es amor a primera vista, pero si es a primera vista. Quien se enamora de su pareja se acuerda de esa primera vez. Las primeras veces dejan una marca porque son lo que inicia. Mi primera nena nació deprimida, nació sin llorar. Yo no pude sentir. Con la segunda yo estaba super atemorizada, pero ella lloró y yo la agarré y supe que hacer y fue como otra historia” (Barby, 26 años).

Como se expresa en los capítulos previos, la persistencia de las violencias en torno al nacimiento tiene un carácter estructural y una profunda raíz histórica en el mundo occidental. Las historias de parto recogidas en esta investigación permiten verificar su vigencia y también, tanto su recrudescimiento como las estrategias para evitarlas.

#### *Las entrevistas: Historias de parto*

Las entrevistas fueron realizadas a dos grupos sociales. En primer lugar, a mujeres que atravesaron experiencias de parto entre los años 1997 y 2020 y por otra parte una serie de entrevistas a personas que acompañan el nacimiento ya sea desde profesiones médicas (médicas/os y parteras/os) cómo desde el campo de nuevos acompañantes (doulas y puericultoras).

Las entrevistas realizadas a mujeres con experiencias de gestación se centraron en sus historias de parto. El momento de apertura se iniciaba con una breve presentación mía y del proyecto de investigación en curso. Luego la pregunta relativa al consentimiento informado sobre la grabación

de la entrevista.

En todos los casos la grabación fue permitida. Luego de esta breve ceremonia de inicio, la entrevista comenzaba con la frase “contáme cómo fue tu experiencia”. Este simple introductor permitió relatos prolongados y emotivos en los que mis intervenciones se limitaron a unas pocas preguntas para profundizar o comprender algo puntual.

Tanto en las entrevistas a mujeres como a profesionales y acompañantes, hubo emociones de variada intensidad. Momentos de risa, de enojos, de placer y entusiasmo, de pena y llantos. En todos los casos las entrevistadas manifestaron el deseo de contar sus experiencias personales. Un primer hallazgo etnográfico fue la necesidad de hablar que suscita el tema, la importancia asignada a los relatos y la emocionalidad puesta en juego, incluso en narraciones de sucesos acontecidos unos 20 años atrás. La necesidad de contar lo que pasó en sus partos o en sus vidas profesionales y cómo este momento implicó profundas transformaciones biográficas, más o menos dramáticas. Las entrevistas sucedieron en un clima de intensidad emotiva en el que los hechos se actualizaron como si estuvieran sucediendo en ese momento.

La duración de las entrevistas, que en algunos casos supera las dos horas, tiene que ver con este campo de lo emocional que implica el tema y con la técnica no directiva de la entrevista etnográfica.

Sólo en el caso de las entrevistas realizadas a profesionales y acompañantes del parto se utilizaron algunos ejes de guía. Pero durante la realización de las entrevistas caso no fue necesario utilizarla porque los temas iban surgiendo como fueron pensados en la guía sin necesidad de establecer la pregunta específica. Así, la guía diseñada (que adjunto al final como anexo) permitió constatar la ocurrencia de este interesante fenómeno etnográfico.

Durante la desgrabación de las entrevistas fueron surgiendo invariantes y variantes. Lo interesante de estas invariantes es que se dan a lo

largo de más de 20 años de experiencias recogidas en la muestra y en diferentes escenarios o contextos. Estos elementos que se reiteran permiten establecer la existencia de nudos temáticos que dan cuenta de un protocolo estandarizado con carácter ritual en el cual se verifican los pasos de una “liturgia”, las variaciones y las disputas entre rituales diferentes. Indican, además, la existencia de protocolos que funcionan con una eficacia automatizada. Dentro de estos nudos temáticos se revela la predominancia del ritual medicalizado cuya legitimidad parece funcionar en paralelo a las recomendaciones de los organismos internacionales de salud, de las normativas perinatales, de las leyes vigentes que lo desaconsejan desde fines de los años 80 del siglo XX.

Este ritual medicalizado e intervencionista del parto que surge de las entrevistas se caracteriza por los siguientes elementos: Inmovilidad del cuerpo desde el ingreso institucional (silla de ruedas, camilla). Infantilización de las personas gestantes a partir de apodos diminutivos (mami, gordi, nena, bebé). Separación del acompañante (que es distraído con trámites burocráticos y papeleos absurdos). No informar de los procedimientos que se van realizando. Personal de salud que habla sin cesar de cualquier cosa, especialmente de fútbol. Situaciones de descontrol por falta de algún recurso (un solo anestesista y varios partos, el médico que no llega, parteras jóvenes que no saben qué hacer). Parteras indefectiblemente subordinadas a la autoridad médica. Ausencia de plan de parto o cuando se realiza es un mero trámite que no incide en la atención. Protocolos institucionales que pasan por encima de las normativas y leyes vigentes. Salas de parto desproporcionadas (muy pequeñas e incómodas o muy grandes y abrumadoras). Elementos de facilitación del trabajo de parto que no se utilizan. Exceso de intervenciones. Amenazas (Así que no querés la anestesia... ya me la vas a pedir a gritos). Enfoque de riesgo exagerado (practicar cesáreas programadas a personas gestantes mayores de 35 años solo teniendo en cuenta la edad como factor de riesgo). Episiotomía por rutina. Maniobras de Kristeller y uso de fórceps con consecuencias negativas. Tratamiento de los cuerpos de las gestantes como si fueran objetos

inertes. Inducción con oxitocina para acelerar el proceso. Aplicación de anestesia en el último momento luego de varias horas de dolor y sufrimiento. Retos y desvalorización de las acciones realizadas por las madres con los recién nacidos. Rechazo del concepto de violencia obstétrica. Abandono de pacientes en caso de fatalidades. Tratamiento normalizado y estandarizado de todos los partos. Negativa a incorporar otras perspectivas de atención. Negación de las consecuencias de la inmovilidad en el trabajo de parto y rechazo a adoptar enfoques que permitan el movimiento y faciliten el proceso. Estigmatización de quienes solicitan trato humanizado, que se extiende hacia los profesionales menos intervencionistas a quienes se caracteriza como “hippies” o naturistas. Gestantes que van preparadas porque tienen conocimientos sobre parto (en algunos casos porque son médicas) y piensan que van a poder deconstruir las prácticas rutinizadas pero una vez ingresadas en la institución pierden toda posibilidad de negociación y transformación de los sucesos. Prácticas que ocasionan lesiones más o menos graves que van desde heridas que tardan en cicatrizar hasta la muerte perinatal. Entre las lesiones más frecuentes están las causadas por la episiotomía, el uso de fórceps y la maniobra de Kristeller. Estas lesiones van desde daños en el periné, el piso pélvico, rotura de cuello del útero, shock hipovolémico (hemorragias profusas), shock anafiláctico por reacciones adversas a las drogas utilizadas, sensación de desconexión corporal, dolor extremo, traumas psicológicos, problemas para reanudar la vida sexual luego del parto, parálisis cerebral en recién nacido). Utilización de imágenes inadecuadas para explicar la fuerza a realizar en las contracciones expulsivas: fuerza para “preparate para cagar un calefón, un piano o una heladera”. Cursos de parto que adoctrinan para aceptar el intervencionismo, la sumisión y que sirven de plataforma de venta de accesorios para el bebé (cochecitos, maderas, ropita, juguetes). Representación de la fisiología como animalidad. Civilización de la libido del parto (las prácticas cortantes y la utilización de drogas parecen servir para des-animalizar el parto (con lo cual la medicalización y las violencias serían formas de civilizar de la fisiología del nacimiento).

En el siguiente cuadro comparativo se distinguen las cuatro dimensiones que se utilizarán para el análisis de las historias de parto recogidas en las entrevistas y testimonios.

Estas dimensiones permiten comparar la concurrencia de dos modelos de atención del parto. La dimensión número 4 es la que determina a las otras tres ya que la concepción de cuerpo, fisiología, control y estandarización o acompañamiento, reconocimiento o vulneración de derechos, adecuación de los espacios físicos se desprenden de los paradigmas o marcos conceptuales sobre el nacimiento que se adopten.

El cuadro siguiente sintetiza de manera comparada los principales ejes o dimensiones de cada modelo de atención del nacimiento, a saber, el parto medicalizado y el parto humanizado o respetado.

En primer lugar, el cuerpo (cómo objeto inerte o como entidad activa y participante). Luego la relación cuerpo y espacio físico. A continuación, las intervenciones y prácticas que cada concepción de cuerpo/espacio conlleva. Y, por último, los paradigmas epistemológicos que fundamentan cada modelo.

En cada modelo de atención resulta central la relación entre la idea de cuerpo y las prácticas que sobre él se realizan. Asimismo, el espacio físico mantiene una coherencia lógica con la concepción sobre el cuerpo de cada modelo y las intervenciones realizadas desde cada perspectiva epistémica.

Estos ejes o dimensiones aparecen como invariantes en cada relato de parto sin que se pregunte específicamente por ellos.

<b>Parto medicalizado/intervenido</b>	<b>Parto humanizado/respetado</b>
<b>1) CUERPO</b>	
Inmovilidad	Movilidad
Infantilización	Adulthood
Separación	Integración
No informar sobre procedimientos	Información
Indiferencia	Interés
Cuerpo como objeto inerte - desconfianza de la fisiología	Cuerpo activo. Participación activa de la gestante
<b>2) ESPACIO FÍSICO</b>	
Hospital / Sanatorio	Maternidades Seguras (MSyCF) Domicilio / Casas de Partos
Espacio físico no adecuado (dimensiones, exceso de iluminación, intimidad, movilidad)	Espacio físico adecuado
No utilización elementos facilitadores (pelotas, movimiento, ducha, masajes)	Utilización elementos facilitadores
<b>3) INTERVENCIONES / PRÁCTICAS</b>	
Exceso de intervenciones por protocolo que interfieren el proceso fisiológico (oxitocina, anestesia, episiotomía, kristeller, fórceps, cesáreas) / Intervenciones en cascada (control y manejo activo del parto) - estandarización de los tiempos	Intervenciones que acompañen el proceso fisiológico / Acompañamiento de la fisiología - tiempos indeterminados y singulares en cada caso. No estandarizados / Bajo índice de cesáreas
Amenazas y atemorización (respecto de la fecha de parto, del dolor, de la dilatación)	Contención
Uso inadecuado de los recursos / Demoras o descontrol por falta de recursos	Recursos suficientes y adecuados
Curso preparación como adoctrinamiento o evento mercantilizado	Curso de preparación para conocer el cuerpo y perder el miedo
Rechazo de doulas	Presencia de doulas

<b>4) PARADIGMAS / POSICIÓN EPISTEMOLÓGICA</b>	
Enfoque de riesgo. Parto como evento patológico que sin intervenciones no es posible.	Enfoque saludable. Parto como un evento normal de la sexualidad humana
Rechazo leyes parto humanizado / Enfoque autoritario	Trabajo desde la perspectiva de la ley de Parto Humanizado / Enfoque participativo y feminista
“Parirás con dolor”	“Pariremos con placer”
Negación de la violencia obstétrica y concepto restringido de la misma (violencia verbal, maltrato)	Cuestionamiento de la violencia obstétrica. Concepto amplio de la misma
Negación secuelas del exceso de intervenciones	Desconfianza y persecución por no intervencionismo.
Apoyo institucional y corporativo en fatalidades y casos de mala praxis	Estigmatización y persecución en fatalidades y mala praxis
Fundamento científico acrítico y sesgado /Negación de investigaciones basadas en la evidencia y normativas perinatales	Naturismo / Hippismo sin fundamento científico - Prácticas basadas en la evidencia científica y normativas internacionales
Subordinación de las parteras y de las mujeres	Valorización de las parteras y de las mujeres
Utilización de metáforas inapropiadas para definir el período expulsivo: “cagar un piano o un calefón”	Uso de imágenes placenteras y místicas.
Civilizar la animalidad del parto. Civilización como contrapuesto a salvajismo o naturaleza. Medicación e intervenciones como mecanismos civilizatorios	Aceptar la naturaleza animal y sexual del parto desde una perspectiva que siempre es cultural y simbólica. Acompañamiento y sexualización del parto como mecanismos culturales

En este punto es necesario establecer algunas especificaciones terminológicas respecto de los conceptos “parto medicalizado” y parto humanizado” que se están utilizando. El término “parto medicalizado”<sup>45</sup> va a ser utilizado para referirnos al proceso de atención intervencionista que entiende el nacimiento como un proceso patológico, como una enfermedad o anomalía que debe ser intervenida para evitar la muerte o el desenlace de otras patologías asociadas. Respecto del término “parto humanizado”, este concepto, resulta de las discusiones que desde fines de los años 90 del siglo XX se dan en torno a la atención del nacimiento y que cuestionan fuertemente la patologización de la reproducción y los excesos de intervencionismo. Cuando se aprueba la ley en el año 2004 se la denomina Ley Nacional de Parto Respetado 25.929. Su reglamentación recién se produjo en el 2018, 14 años después. En ese momento se cambia su denominación y se la nombra Ley de Parto Humanizado 25.929. En la provincia de Buenos Aires mantiene el nombre de Ley de Parto Respetado. Ambas denominaciones están vigentes como si fueran sinónimos.

La aclaración al respecto es importante porque de las ciencias sociales, sabemos que no existe ningún comportamiento humano que esté por fuera de lo social. La tecnificación del parto, tal como lo presentamos en los capítulos precedentes, es el resultado de una larga historia sociocultural en la que el control sobre la reproducción se presenta como un elemento clave. Por ello, el parto intervenido, tecnificado o medicalizado, es una construcción social, histórica y política que opera sobre la sexualidad humana, específicamente desde el siglo XVIII, pero cuyas raíces pueden rastrearse mucho tiempo atrás.

El parto medicalizado es una modalidad de atención que responde

---

<sup>45</sup> El término medicalización de la vida, propuesto Iván Illich (1976), hace referencia al proceso de control del cuerpo y de la vida, a través de la medicina, de los fármacos y la tecnología, cuyo objeto no es el cuidado de la salud o el procurar el bienestar, sino la generación de un sujeto dependiente de las instituciones de salud. La medicalización del embarazo y el parto es el proceso por el cual se utilizan excesivas intervenciones médico-tecnológicas en un proceso que no es patológico en sí mismo. Así la medicalización es un proceso de patologización de la vida.

al Modelo Médico Hegemónico, que según la definición de Eduardo Menéndez (1988) se refiere al “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988:451).

Por último, hay que aclarar que lo absolutamente fisiológico, sin que medie ninguna intervención, es cuestionable como sinónimo de humanizado. Los partos de mujeres secuestradas en los campos de exterminio durante la última dictadura militar argentina son un claro ejemplo de este reduccionismo ya que una de las formas de tortura con las mujeres secuestradas era el abandono a su suerte durante el parto. En algunos casos contaron con la asistencia de sus compañeras de prisión, en otros fueron dejadas en soledad, debiendo auto asistirse, como se dio en el caso de Adriana Calvo, que tuvo a su hija Teresa en el piso de un patrullero, atada y con los ojos vendados durante un traslado al centro de detención clandestina conocido como el Pozo de Banfield.<sup>46</sup>

Así, una primera cuestión interpretativa se relaciona con la terminología utilizada para caracterizar estos modelos de atención es ambigua y binaria. Esta dualidad está presente todo el tiempo cuando entramos en el terreno de la atención del parto.

---

<sup>46</sup> La historia de Teresa Laborde también es la de su madre, Adriana Calvo. Adriana era una licenciada en Física y docente universitaria que fue detenida ilegalmente por la dictadura militar, el 4 de febrero de 1977. Calvo estaba embarazada de Teresa y parió a su hija en un traslado al centro de detención llamado El Pozo de Banfield. En esa oportunidad, Calvo tuvo que dar a luz a su hija en un patrullero, con los ojos vendados y las manos atadas, gritando por ayuda.

"Yo nací en un traslado el 15 de abril de 1977. En un auto mi mamá me dio a luz con las manos atadas atrás, con los ojos vendados. Por lo que ella me pudo contar, yo quedé tirada en la parte de atrás en el asiento, ella no me podía agarrar y estuve todo el tiempo hasta el Pozo de Banfield, tirada, desnuda, recién nacida en el piso del auto colgando del cordón", declaró Teresa. (IP noticias, 20/03/23)

Tanto en las historias recogidas en las entrevistas, como en las discusiones observadas en los conversatorios y encuentros, emerge esta tensión entre naturaleza y medicina o entre la biología y la civilización, como si fuera posible establecer una frontera entre ambos territorios. Esta frontera, como todas las fronteras, es política. Desde las ciencias sociales sabemos que, desde nuestra inscripción humana, la naturaleza, los cuerpos, y en el caso que nos incumbe, el nacimiento, son hechos sociales, construcciones simbólico-imaginarias que nos permiten establecer una interface transitoria y relativa con lo real. Lo natural y la biología, son siempre desde el punto de vista humano un resultado de la cultura. Antes que una frontera entre ambos mundos (naturaleza/cultura) de lo que se trata es de modos singulares de entender, interpretar, lo “natural”.

Entonces, cuando nos referimos a cada uno de estos modelos presentados, tenemos que saber que el esquema es una propuesta analítica, una estrategia de codificación de la información, de los significados y las prácticas que atraviesan las experiencias en torno al parto. Se trata de un intento de desanudar la complejidad sabiendo que el riesgo es caer en la trampa de lo binario.

Es importante señalar que el concepto de parto humanizado refiere al nacimiento en el marco de los derechos humanos consagrados en la Declaración de 1948 y la ley 25.529 de derechos de los padres e hijos en el parto, y de los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencias según la CEDAW<sup>47</sup>, la Convención Belém do Pará y la ley nacional que de ella deriva, la 26.485.

Y podríamos ampliar este marco incluyendo la Convención Internacional de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que al igual que las plataformas internacionales citadas, todas ellas tienen rango

---

<sup>47</sup> CEDAW sigla en inglés cuya traducción es: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (ONU) de la que Argentina es un Estado parte y que en tanto que tal debe procurar los mecanismos (acciones, leyes, planes, programas, políticas públicas) para la eliminación las situaciones de discriminación y violencias que persisten.

constitucional en nuestro país y un nutrido paradigma jurídico que proporciona el marco legal para la protección de los derechos humanos consagrados.

## Capítulo IV

### **El parto entre la medicalización y los derechos humanos. Los modelos de atención desde la experiencia de las mujeres**

Como hecho social, el parto es un dispositivo que refleja relaciones de poder, cosmovisiones sobre cuerpos y naturaleza, contacto con lo sagrado y lo profano, ritualidades, pasaje de un estado a otro, expresión de la sexualidad y de la relación vida-muerte como parte de los procesos vitales.

Tanto en el caso de la atención “medicalizada/intervencionista” como en el polo de la atención “respetada/humanizada/fisiológica”, el parto constituye uno de los ritos de pasaje más emblemáticos de la humanidad. Lo que vamos a analizar es cómo se significa y experimenta en cada modelo esa ritualidad y cómo el abordaje “científico” no está por fuera de lo simbólico, ni de la creación de rituales singulares.

En este capítulo nos centraremos en el análisis de los modelos de atención desde las experiencias de las mujeres. La información recogida se organizó en función de los modelos. De estos relatos biográficos se desprende la caracterización de cada modelo. El modelo de atención medicalizada del parto presenta rasgos invariantes y tipificados que se reiteran a lo largo del lapso temporal (1997-2020). En cambio, el modelo de parto humanizado, si bien tiene rasgos invariantes, presenta una mayor diversidad de situaciones y cómo ritual no es uniforme y estandarizado.

Los principales ejes de análisis utilizados son: los modelos en disputa; el ciclo de atención del embarazo y parto según el modelo de atención; experiencias previas, temores y saberes; fases de cada ciclo; espacios de atención del parto humanizado.

#### *Los modelos en disputa*

A lo largo de toda esta investigación nos encontramos con dos

modelos de atención en disputa. Ambos modelos son resultado de largas historias. El modelo medicalizado es el resultado de la historia de la tecnificación del cuerpo y de la vida. Un modelo que hunde sus raíces en el renacimiento europeo y cuya consolidación está integrada al surgimiento de la anatomopolítica y el biopoder como los describe Michel Foucault (1992). El parto medicalizado no es un evento científico, objetivo e inocuo, sino la transformación del nacimiento en una enfermedad o patología que debe ser intervenida, controlada y dirigida. En el imaginario urbano moderno la forma de nacer que predomina es la del parto institucional como evento de riesgo y la intervención médica como el único medio de controlar la mortalidad materno-infantil. En este imaginario las mujeres crecen con temor al parto. Al dolor y a la muerte. Se las responsabiliza de sus actos y se auto inculpan desde el momento en que se enteran de sus embarazos. En un contexto social en el que no se conoce otro modo de partir que no sea bajo control médico y en instituciones habilitadas para ello, el cuerpo es entregado.

Lo que las experiencias registradas permiten comprender es que los partos muy intervenidos dejan secuelas, algunas para toda la vida. Pero también posibilita la agencia en el sentido de problematizar y poner en cuestión lo ocurrido. Cuando el malestar no es acallado, el contexto habilita el registro de otros modelos y se consolida un marco jurídico de protección de derechos en la atención del parto, es posible la recuperación del nacimiento como un evento saludable y central de la sexualidad humana.

Por otra parte, el modelo de parto humanizado se fundamenta en evidencia científica, en la diversidad cultural y de saberes ancestrales sobre el nacimiento. El movimiento por el parto humanizado permite visibilizar a la violencia obstétrica como una de las formas más negadas y naturalizadas de la violencia de género. Esa violencia en la que se entronca el patriarcado neolítico del *"parirás con dolor"* con el orden patriarcal de la modernidad tecnocientífica que le aporta nuevos padecimientos al transformar el cuerpo en objeto inerte de exploración anatómica.

En el siguiente cuadro se sintetizan los rasgos de cada modelo desde las entrevistas realizadas:

<b>PARTO MEDICALIZADO</b>	<b>PARTO HUMANIZADO</b>
No querer saber sobre el parto	Búsqueda de información activa / Querer saber
Sometimiento a lo establecido socialmente	Problematización frente a lo establecido
Desconocer otros modelos de parto (etnocentrismo)	Conocer otros modos de nacer
Desconocimiento marco legal vigente	Conocimiento marco legal vigente
Protocolo institucional sobre marco de derechos	Acompañamiento psico-fisiológico personalizado
Dolor insoportable / uso de fármacos y anestésicos	Dolor integrado al proceso / analgesia alternativa (homeopatía, masajes, agua, posiciones)
Cuerpo inmovilizado / posición litotómica	Cuerpo en movimiento / posiciones diversas, en general sentada en cuclillas o parada con una pierna elevada
Posparto doloroso	Recuperación inmediata postparto.
Victimización - Impotencia	Vitalidad - Potencia

*El ciclo de atención del embarazo y parto según el modelo de atención*

*Parto medicalizado*

El modelo de atención se presenta desde el inicio de un ciclo que comienza con la elección del o la profesional. En esta elección juegan un papel protagónico los saberes previos sobre el tema y la actitud de las gestantes. Una posición temerosa orienta la elección hacia lo instituido. Esta elección se fundamenta en un sentimiento de responsabilidad personal que se da sobre todo en las primerizas. En este punto es importante señalar que al decidir por el modelo medicalizado por razones de “seguridad” obturan

voluntariamente la indagación sobre el parto y manifiestan no “querer saber”.

“Yo tuve mi primer acercamiento a saber del parto respetado con una prima mía que vive en Mar del Plata que militaba en el parto respetado... Me contó de los riesgos de las cesáreas, que la cantidad de cesáreas, que las intervenciones en los partos. Ahí empecé a identificar lo que yo quería, pero como no estaba en mis planes todavía lo dejé ahí picando para cuando decida tener un parto... Y bueno cuando me quedé embarazada me pasa como les pasa a otras mujeres lo pensás de otra forma porque ya hay una vida adentro de tu cuerpo que depende de vos y uno lo tiene que mirar desde otro lado, más los miedos de cualquier primeriza, que te dicen te tenés que hacer esto, te tenés que hacer lo otro...” (Sofi, 36 años, primer parto en 2014, en clínica privada por obra social)

También incide en las decisiones de las gestantes que el modelo de parto humanizado, aunque tenga el respaldo de recomendaciones internacionales y normativas locales, es un modelo excepcional y no se ofrece desde el sistema de salud. El modelo de atención “hegemónico” según la caracterización de Menéndez (1988/1992) es el parto medicalizado. La alternativa humanizada requiere de la contratación de acompañantes expertas por fuera de la cobertura y eso implica costos extra que no siempre pueden ser solventados. Así la norma (el parto humanizado) es lo excepcional y la excepcionalidad (el parto medicalizado) es la norma. Entonces, además de adoptar una actitud proactiva respecto del conocimiento sobre el tema, las gestantes deben poder financiar el acompañamiento que desde el sistema de salud no es cubierto.

*Primeras experiencias de parto: entre el miedo a lo desconocido y no querer saber*

Las primeras experiencias de parto nos refieren a una situación de no querer saber demasiado. Por un lado, hay un desconocimiento profundo sobre el parto, por otro una aceptación de que se trata de un saber experto y

luego están los miedos (al dolor insoportable, a que algo salga mal, a la muerte) que condicionan para la obediencia y la aceptación.

“... Y yo estaba justo en la fecha probable de parto que podía ser 15 días antes o después. Un embarazo bárbaro sin ningún problema. Lo que yo no tenía era ninguna contracción, ningún síntoma de estar en el trabajo de parto. Ahí, yo sentí que me lo iba a sacar, que iba a un parto totalmente intervenido.... Y cuando llegamos a la clínica nos esperaba la partera y me hicieron pasar a una salita, me acostaron en la camilla y me empezaron a hacer la dilatación con la mano. Primero con un dedo, después con dos y así. Yo no tenía nada de dilatación ni tenía idea de nada. Para mí la dilatación era algo que se desencadenaba sola con el peso del bebé. Nadie me dijo que me iban a hacer eso. Yo no tenía idea de que me iban a hacer eso. Y de todo lo que pasó no tenía idea. Desconocía los mecanismos y porqué me lo hacían. Era todo extraño para mí” (Mechi, 46 años, primer parto en 1997 en clínica privada por obra social).

Las alarmas previas son situaciones que suceden durante controles del embarazo o en eventos reproductivos previos, como la pérdida de una gestación o estudios de fertilidad previos. Son momentos de un primer contacto con las instituciones y con el proceso de medicalización.

El parto medicalizado se caracteriza por un ciclo de atención protocolizada que comienza con la elección del o la obstetra, sigue con los controles prenatales mensuales, el plan de parto, el curso de preparación que se da a partir del sexto mes, los monitoreos finales, el hisopado de gérmenes en el octavo mes, el parto y el posparto. Estos pasos se registraron en todas las entrevistas realizadas sin necesidad de preguntar por ellos. Esto permite visibilizar que son hitos que marcan el proceso desde el primer testeo diagnóstico de embarazo hasta su culminación. En cada momento del ciclo se va preparando a la gestante para la aceptación de procedimientos que caracterizan al parto medicalizado. Incluso si las gestantes tienen conocimientos previos sobre fisiología o plantean sus derechos acorde a la

ley 25.929, el ingreso al sistema implica la realización de los procedimientos protocolizados.

Luego el momento del parto también tiene sus etapas que como detallamos en el marco conceptual y se profundiza en el capítulo siguiente, constituyen los pasos un ritual específico.

### *Elección del Obstetra / Saberes previos / los miedos*

Cuando la elección se realiza desde el sentido común imperante las decisiones se apoyan en datos que no tienen un correlato con el tipo de atención específica y que por lo tanto van a estar dentro de la línea de la atención medicalizada del parto.

En general se trata del/la médico/a al que se conocía porque atendía la salud ginecológica y eso genera una situación de confianza previa. También se da una tensión entre la atención personalizada que debe pagarse aparte y la precarización profesional que disminuye la posibilidad de cumplimiento de dicha personalización. Con lo cuál pagar extra por ello no garantiza que ese día el o la profesional estén disponibles ya que pueden estar en otro parto. Las prepagas y las obras sociales, cuyos territorios muchas veces se superponen en la gestión de mercado de las mismas, cobran por algo que no pueden cumplir, mientras que la personalización no redundaría en que los profesionales reciban un honorario extra.

Otras tensiones en el campo de la elección de cómo parir y con quién, se dan en la polaridad Parto Respetado y Parto Planificado en domicilio como inseguros e irresponsables y Parto Institucional y medicalizado como seguro y responsable. También entre la polaridad “querer saber y no querer saber” y la díada “obediencia-miedo versus rebeldía-actitud temeraria”.

Es interesante que aún quienes tenían una idea no patológica del parto en el abordaje institucional del parto medicalizado se encontraron con situaciones impensadas. Y quienes creyeron que saber podría funcionar

como protección frente a los protocolos, descubrieron las desventajas de la posición subordinada como pacientes y la imposibilidad de decidir sobre su propio cuerpo y proceso de parir. Pero luego descubren que el parto medicalizado no garantiza que saber sea equiparable a poder.

“...yo creí que no me iba a pasar nada de lo que yo veía que pasaba porque yo estaba muy informada. Porque yo sabía todo y no le tenía miedo al parto. Tenía miedo que me pasaran cosas que yo... que me hicieran una episiotomía, que se lleven al bebé, todas esas cosas por las que yo luchaba para que no les sucedan a las demás, pero creía que no me iban a pasar. Que, con explicarle al médico, llevarle los trabajos (la evidencia científica) ... (risas) iba a ser suficiente. Y bueno me dijo todo que sí, que sí y que sí pero después: “mirá yo episiotomía te tengo que hacer, porque yo no sé cómo atender un parto sin episiotomía y te podés desgarrar toda” y bueno yo dije está bien... no me voy a buscar otro médico... fue algo que acepté casi sacrificialmente -se agarra la cabeza y cierra los ojos (Claudia, 50 años, médica obstetra, primer parto en 1998 en clínica privada por prepaga).

En uno de los casos contaba con información de un parto planificado en domicilio de una familiar que no obstante haber sido una experiencia positiva, el prejuicio y el temor orientaron la decisión hacia lo estandarizado pero con la intención de tener un “parto respetado” lo que denota inexperiencia e ingenuidad.

“Voy a ser sincera, mi hermano tuvo a mi sobrina en un parto domiciliario, en un parto planificado en domicilio... eso fue para mí una locura... así que contaba toda la información... mi hermano me había pasado toda la información... así y todo me seguía pareciendo una locura... y con mi pareja decidimos tenerla en Mater Dei.

- ¿Por qué te parecía que era una locura lo de tu hermano?

-Y por esta fantasía de “si pasa algo, ¿qué hacemos? Cuestión que el nacimiento de mi sobrina salió perfecto, no pasó nada... Pero seguía

pareciéndome una locura... Cuestión que hice el famoso *casting* de obstetras, descarté varios al principio. Yo sabía que quería un parto

respetado. No quería anestesia. Conocí al obstetra una vez por mes en los controles de rutina. Por ejemplo, semanas antes de la semana 40 me mandó a hacer una ecografía porque la panza era muy grande y si la beba era muy grande iba a ser cesárea directamente. La ecografía dio que era normal. Ahí ya me estaba haciendo ruido que sólo por verme la panza me mandaba a cesárea” (Pepa, 31 años primer parto en 2017)

La elección se fundamenta en un abanico de situaciones que van desde un conocimiento previo del o la profesional porque era su ginecólogo/a de cabecera.

“Yo tenía desde joven un ginecólogo que aparte era obstetra que quise mantener porque le tenía mucha confianza. Yo le dije que quería que fuera todo natural. Y él me dijo que sí. El en marzo, la primera vez que me vió me dijo que mi hijo iba a nacer el 7 de octubre” (Mechi, 46 años primer parto en 1997)

Sofi había escuchado hablar del parto respetado, pero cuando se enteró de su embarazo no se animó siquiera a buscar alguna alternativa porque le dió miedo salirse de la norma.

“...Y bueno así empezó mi primer embarazo con la elección del obstetra que era mi ginecóloga, que tampoco era una persona de mucha confianza, pero yo me venía atendiendo con ella y en ese momento no existía, no estaba tan difundido el tema como está ahora que tenés grupos de Facebook que te permiten decidir con quién parimos y cómo. Aunque es un caudal de información bastante grande que a veces te marea, pero está buenísimo porque ahí se denuncia la violencia obstétrica y te recomiendan un montón de instituciones y profesionales que te atienden de otra manera. Pero en ese momento eso no estaba (año 2014) y yo les preguntaba a los de A... (la obra social) y no sabían... Sumale a esto que con Facu somos los dos re-indecisos. Y además la obstetra nos parecía relajada y nos decía todo que sí y ¿qué te va a decir? No te va a decir no no yo soy pro-cesárea. Ella nos decía a todo lo que planteábamos que sí, pero también me decía “te espero

hasta la semana 40 y un poquito” (Sofi, 36 años, primer parto en 2014 por obra social)

La cobertura de profesionales y las instalaciones de las clínicas (básicamente en función de la tecnología neonatal y la hotelería) son criterios que influyen en la elección del obstetra cuando no existe una posición clara respecto del modelo de atención. Podemos decir que las decisiones basadas en el temor derivan en la búsqueda de clínicas que trabajan desde la perspectiva tecnocrática y medicalizada. Entonces, cuando las mujeres tienen una representación del parto como evento patológico, doloroso y de riesgo, cuya emoción predominante al pensar en él es el temor (tanto al peligro que implica como a la responsabilidad personal si algo sale mal), la elección del tipo de atención va unida a la del profesional y a la de las instalaciones. En algunos casos el hecho de saber algo sobre la ley de parto humanizado o tener alguna idea de lo que denominan “parto natural” genera una confianza en las mujeres que las lleva a suponer la posibilidad de poder decidir con autonomía y libertad en el momento del parto qué tipo de prácticas, qué modelo de atención y qué posición van a adoptar para parir. La realidad se va a encargar de demoler esas ilusiones y demostrar cómo funciona el sistema, con y sin leyes, da igual.

“A todo esto, iba todo bien con el embarazo. En comparación con el embarazo de Simón me doy cuenta que la experiencia del embarazo de Anush, fue el tomar yo las riendas de mi propio embarazo y saber que, si yo no me informo, si yo no leo y si yo no tomo las decisiones que tengo que tomar, esto va a ser cómo quieren ellos y no como quiero yo. Cómo en la primera situación yo tuve miedo de tomar ese lugar, no quería leer mucho de nada, no quería que me hablaran mucho del tema para que no me hagan dudar, típico de lo que le pasa a una primeriza, y bueno ahí empecé en mis últimas semanas la negociación de hasta cuando me esperás... Si hasta la semana 40.1, 40.5, la negociación con la médica obstetra era día a día” (Sofi, 36 años, atención por obra social en ambos partos 2014 y 2017)

En los casos definidos a priori como de riesgo la atención obstétrica refuerza la cuestión intervencionista y las instalaciones con tecnología de mayor complejidad. La caracterización del embarazo como riesgo deriva en la atención por protocolo con un alto nivel de intervencionismo y patologización. En los dos casos entrevistados los riesgos detectados fueron: edad gestacional (38 años) en un caso y una enfermedad gestacional (trombofilia) que requiere de tratamiento anticoagulador durante el embarazo.

“El embarazo fue lindísimo. Ni siquiera tuve vómitos. Yo no paré ni un segundo durante todo el embarazo. Nos atendimos en el CEMIC de Saavedra que tiene todo un equipo de embarazo de alto riesgo, más una neo que está altamente preparada. (el riesgo fue) ... Teniendo en cuenta mi edad, porque cuando yo me embarazo tenía 38 años, ingresamos ahí” (Nadia 40 años, cesárea en 2017 en sanatorio por obra social)

“Cuando yo tengo que elegir el obstetra, mi profe de yoga me recomienda a uno que hace parto humanizado. yo hablo con Axel y hablo con la médica. Le digo: ¿Vale que hago? Yo quiero buscar un profesional, porque ella hace los tratamientos de fertilidad y te larga, después vos te ocupás... Y me dice: mirá yo te recomiendo a este médico que es compañero de la clínica... porque con la trombofilia es preferible que vayas con alguien que sabe del tema. Me metió miedo ahí y el miedo con la trombofilia es que se te muere el pibe adentro... En el camino como que no me caía muy bien. Me atendía rápido. No me hacía muchas preguntas. Digamos que le rompía un poco los huevos cuando le escribía un mensaje de texto con alguna duda y eso que soy cero rompe bolas. Y me contestaba mal. Todo era siempre como que... Pero yo estaba tan medicalizada, tan metida en que las cosas tenían que ser como y tenía que respetar lo que el médico decía, por eso te digo que el primer paso mío fue responsabilidad mía porque por ser buena paciente no me di cuenta de que existía otra realidad” (Lujan, 41 años cesárea en 2019, clínica privada, por prepaga).

“... y bueno el embarazo yo lo transité muy tranquila y muy conectada con mi cuerpo. Haciendo yoga, siempre, todo el embarazo y como muy conectada con sentirlo. Y ¿Qué me pasó ahí? Esta es la parte que por ahí más tiene que ver con lo que vos me preguntabas...es como que yo quise... no quise leer. Viste cuando decís: no quiero saber los partos de las demás... No sé, yo decía: tengo que apelar a la sabiduría de mi cuerpo. Es decir, yo entendía que a pesar de todo lo que me había pasado a mí, mi cuerpo tenía que saber qué hacer. Ese era como mi postulado. Que en definitiva estaba más cerca de lo que es el parto respetado de lo que yo creía. Que es que todas sabemos gestar, todas sabemos parir porque esa es la naturaleza” (Lujan, 41 años cesárea en 2019, clínica privada, por prepaga).

### *Plan de parto*

Desde la reglamentación de la Ley 25.929/2004 de Parto Respetado o Humanizado en algunos establecimientos sanitarios se comenzó a utilizar un documento que exprese la voluntad de las personas gestantes respecto de los derechos consagrados por la ley. Esto es desde el año 2015 ya que hasta entonces la ley no fue reglamentada.

Las personas entrevistadas que tuvieron partos luego del 2015 han expresado en las diferentes instituciones que se atendieron, todas ellas del ámbito privado y consideradas como de excelencia, su deseo de confeccionar un plan de parto. La experiencia fue en algunos casos de aceptación de planes de parto confeccionados por las instituciones, lo cual es similar a un consentimiento informado, o bien hubo que negociar intervenciones que más allá de la ley y los deseos de las gestantes se consideran prácticas de protocolo obligatorio para las instituciones.

“A todo esto, nosotros habíamos elaborado un plan de partos. Hicimos la visita al jefe de neonatología. Si no queremos que le pasen la sonda que le pasan al nacer... “no eso ya no se hace más” nos dijo. Si no queremos que le pasen la vitamina K, si no queremos que lo vacunen... “acá hacemos eso, si no te gusta retiráte y atendete en otro lado”. Bueno dijimos, si se hace así, se

hace así, que le vamos a hacer. De cabeza al hacha” (Pepa, 31 años, primer parto en 2017 en clínica privada por prepaga de lujo)

“En el primero nadie me las nombró (a las leyes) y en el segundo embarazo yo decidí hacer la visita guiada y presentar un plan de partos. El plan de partos no me lo tomaron. Me dijeron que lo mandara por mail y yo sentí que me iban a boludear. Pero en la visita los volví locos a preguntas: si me iban a dejar tener a mi bebé en brazos, si me iban a dejar dar la teta, si me iban a separar. Y ahí aparecieron las leyes” (Barby, 30 años, segundo parto en 2018 en clínica privada por prepaga).

El plan de parto de un reconocido sanatorio privado de la ciudad de Buenos Aires en el año 2022 establece entre sus principales puntos: la movilidad y libre circulación durante el trabajo de parto, la no colocación de vías parenterales, el derecho a la intimidad y, a estar acompañada, la no estimulación hormonal, ni el uso obligatorio de analgesia o anestesia, a menos que sean necesarias... y a partir de allí las intervenciones como la rotura de membranas y la episiotomía aparecen como situaciones poco negociables y la redacción da a entender que se trata de prácticas inevitables en el contexto institucional. La transcripción textual de los párrafos en los que se mencionan la rotura de membranas y la episiotomía es contundente: “ • Entiendo que durante la evolución del parto se puede requerir de maniobras tendientes a conducirlo, minimizando o neutralizando los riesgos para mi bebé (episiotomía, parto instrumental, etc.), pero solicito se eviten al máximo posible y en caso de ser estrictamente necesarias se me informe previamente. • Solicito que el alumbramiento de la placenta sea lo más natural posible y sin intervención del obstetra y del uso de medicaciones. Estoy informada que en este tipo de alumbramientos sin medicación puede aumentar el riesgo de hemorragia posparto, el cual asumo plenamente. En caso de no poder respetar este pedido se me informará previamente sobre la conducta a tomar y el motivo”. Queda claro el carácter de poca legitimidad de este instrumento cuyo objetivo es garantizar los derechos consagrados por la ley. El “Plan de parto” diseñado por este sanatorio (que

se adjunta en los anexos) es una estrategia para garantizar y legitimar las intervenciones que la institución no está dispuesta a modificar, más allá de la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS. Finalmente, el plan concluye con este párrafo que pretende expresar la voluntad de las gestantes cuando en realidad está reafirmando el poder institucional sobre ellas: “• *Entiendo que mi plan de parto no podrá seguirse en todas las circunstancias. Que el mismo expresa solamente mis deseos y preferencias en forma anticipada y que no constituye un consentimiento informado, pero descuento la buena voluntad y la capacidad probada de todos los profesionales que van a acompañarnos. Estoy segura de que ésta será una experiencia muy gratificante y enriquecedora para todos*”.

El plan de parto como ficción es otro elemento de la ritualidad institucional. En general se trata de una farsa burocrática que deja tranquilas a las mujeres pero que no cumple ya que las prácticas institucionales no se transformaron acordes a las leyes vigentes. La confección del plan de parto se transforma en una instancia de disciplinamiento en la que se termina aceptando lo que no se quería por obediencia a la posición jerárquica y por temor a quedar por fuera del sistema.

#### *El curso de preparación para el parto*

El curso de parto ofrecido por las obras sociales y las prepagas oscila entre el adoctrinamiento en la obediencia, el refuerzo de la idea de riesgo y peligro junto a la desautorización de los conocimientos de las mujeres y el marketing de productos para embarazadas y bebés. No hay una preparación para atravesar un parto fisiológico, ni humanizado. Se aconseja a las embarazadas que se preparen para parir “pianos o calefones”, pero que no dejen de ser femeninas y coquetas.

“Yo le pregunto (a la partera que da el curso) ¿en el curso voy a aprender cómo es mi dilatación? Porque yo soy deportista, hice taekwondo, yoga, sé respirar. Me tenía mucha fe y tengo conceptos de lo anatómico, conozco mi cuerpo. Y me responde: eso no lo vas a aprender. Lo voy a saber yo. Re

mala onda. Bueno, chau, nos quedamos con lo que dice la obra social y listo. Pero igual fuimos a la primera clase. Ella no estaba. Lo dio una chica que hacía yoga, todo muy lindo, muy cosmético. Nos decían cómo respirar y cómo pujar. Todo muy bizarro. Después de la clase vino esta mujer (la partera) y estuvo violenta. Se burló de una embarazada. Tenía esa cosa muy despectiva de desvalorizar los saberes propios. De reírse de las preguntas. De hecho, cuando ella da el módulo de cómo va a ser el parto, ya da el tema con todas las intervenciones. Yo digo: estos nos están preparando” (Barbie, psicóloga, primer parto en 2016).

“Y yo ahí tenía 26 años y el curso de preparto fue en una institución que se dedicaba a eso y en realidad dejamos de ir con Jorge porque nos dio más miedo que otra cosa. Hablaban de que un parto era como cagar un piano... de que había que llevar un pintalabios, un rouge, para después del parto estar linda y recibir a las visitas. Pasaban de cagar un piano al rouge que teníamos que comprar. De hecho, yo tenía el rouge y después del parto lloraba y pensaba dónde me meto el rouge” (Mechi, primer parto en 1997).

En otros casos el curso es un evento utilizado para la venta de productos para bebés (mamaderas, tetinas, chupetes, pañales, cochecitos, juguetes, etc).

“Fue en un lugar de venta de ropa y accesorios, de artículos para bebés. El curso empezó con la promotora de Nuk vendiéndote el chupete y las mamaderas. Era como bienvenido al acto más mercantilista de tu vida que es tener un hijo. Aparte me tenía que ir hasta Palermo (vive en Liniers) la loma del orto. Y ahí yo fui la de la pregunta incómoda: ¿Y hasta cuando te tiene que esperar el profesional para tener el parto? Y las respuestas de la partera eran todas evasivas... “y depende del profesional... Depende de lo que esté sucediendo... todo depende...” (Sofi, primer parto en 2014)

Puede suceder que el curso de preparación es muy bueno en función de la profesional que lo dicte, pero luego la atención del parto está totalmente dissociada del curso y la normalidad aparece como una excepción

en el reino del intervencionismo y la patologización del nacimiento.

“Todo el embarazo bárbaro. Un curso que me encantó que lo daba Silvia Kennedy, que justo se iba de viaje, yo la quise tener de partera, pero se iba de viaje a ver a sus hijos y me tocó la que me tocó. Y yo haciendo la “velita” (yoga) ahí en mi casa y llegué al CEMIC con 5 de dilatación y me agarró la máquina de hacer chorizos. Mirá, me rompieron la bolsa, me rasuraron y me llevaron a sala de partos. Y cuando llegó el obstetra dijo: “está muy alta” ... ah... me pusieron goteo obviamente (oxitocina) y me fui a 10 (de dilatación) en un minuto y llegó el obstetra y está muy alta llamen al anestésista. Yo no quiero anestesia, le dije. “La vas a pedir a los gritos” ... me respondió.... (Lucrecia, 50 años, primer parto en 1997 por obra social)

En los cursos privados como el que se menciona en el siguiente párrafo, la importancia de la elección del obstetra y de la institución son los temas relevantes, como así también se menciona el temor al parto planificado en domicilio y los prejuicios ante esta elección. La domesticación se establece en término de miedo, obediencia y mercantilización. El curso parece simplemente reforzar las ideas previas sobre el dolor, el temor, los riesgos y los pasos seguros a seguir.

“Yo me acuerdo que hice un curso de parto acá en Buenos Aires. Lo hicimos en Tobi Natal. La verdad es que teníamos ganas de conocer otras parejas que de hacer el curso. La primera cosa que te preguntan es cuantas semanas, quien es el obstetra y dónde va a nacer el bebé. Y todos tenían obstetra y clínica elegida. Y yo les decía: Obstetra todavía no tengo y el parto lo voy a tener en casa. Y todos me miraban como si estuviera loca. La ventaja es que como soy extranjera, decían ...debe ser porque es común en Brasil” (Bárbara, 30 años primer parto planificado en domicilio en 2019, atendido por dos parteras y con el acompañamiento de una doula).

También se marca la posición autoritaria a través del control burocrático de las coberturas de las prepagas o de las obras sociales. En

estos casos también se evidencia la subordinación de las parteras que hacen tareas administrativas por fuera de sus incumbencias.

“Lo que sí me pasó es que cuando voy al curso de parto, la partera me violenta. A mí y a mi pareja. Voy a hacer la admisión con la partera y lo primero que me dice es que mi obra social ... no me lo cubría y me dice una suma bastante elevada de lo que tenía que pagar. Yo le pregunto que me cubre la obra social y me dice que me cubre 3 de los 5 encuentros. No me cubría el de lactancia y no me acuerdo que otro más. Y le digo, bueno hago los tres que me cubre. Fijate, me dice, porque si no hacés el de lactancia, después los problemas empiezan en la casa. A todo esto, la mina nos atendía con el celular en la mano, contestando mensajes. Yo le pregunto, ¿en el curso voy a aprender cómo es mi dilatación?... La verdad es que, profecía autocumplida, después tuve todos los problemas de lactancia que te puedas imaginar... Es lo que más me costó” (Barbie, psicóloga, primer parto en 2016).

Los temores acerca del parto no parece ser un tema tratado en estos cursos de preparación. En los cursos dictados en clínicas privadas con cobertura de empresas de medicina prepaga de élite se registra la demanda de cesárea por temor al parto. La respuesta a estos temores es inexistente. El curso se torna un espacio en el que se adoctrina a las mujeres en “no ser molestas y demandantes” y sólo llamar en caso de necesidad y urgencia. Esto puede ser un indicador de situaciones laborales precarias y mal pagas de las parteras, es decir de explotación por parte de sus empleadores, que se traduce en un trabajo a reglamento que además de fomentar la medicalización, es poco contenedor y distante.

“Curso de parto lo hicimos presencial, debemos haber sido los últimos presenciales de los cursos de parto a lo que va de la historia. Fuimos, muchas mamás, muchas que te decían que querían ir directo a cesárea porque te decían el parto no, el parto no... Y yo decía, bueno, pobres... Y las parteras hablando... bueno no nos llamen por teléfono, hasta que no pase algo no nos llamen... tienen que pasar esto y esto para que me llamen.

Entonces vos decías, estas chicas llegan justo cuando pasa todo y yo lo voy a poder parir, lo voy a pasar sola y va a estar todo bien. Bueno, el curso las parteras sin involucrarse demasiado. El día del parto la que esté de guardia es la partera que les va a tocar...ustedes nos escriben...” (Lujan, 41 años, cesárea en el 2019, atención por prepaga de primer nivel)

*El parto y la “liturgia” medicalizada - La fisiología intervenida*

El parto medicalizado es un enfoque protocolizado cuyas intervenciones implican la aceptación de una serie de procedimientos que incluyen cortes, perforaciones, sangre, dolor y cicatrices que son típicas de los ritos de iniciación y de pasaje (Fornes, 2010; Hernández Garré y Pérez, 2015). En estos ritos también hay prohibiciones (alimentos y agua, ropa, compañía, movimientos) que refuerzan la naturaleza ritual involucrada en la atención médica del nacimiento. Como en toda estructura ritual hay tres fases bien delimitadas: separación, margen y agregación (Hernandez Garré y Pérez, 2015: 406). Estas fases coinciden con las etapas o períodos del parto que también son tres: dilatación, período expulsivo / nacimiento- alumbramiento y posparto.

FASES	Ingreso a la clínica	Sala de partos/quirófano	Salida / alta
RITUAL	SEPARACIÓN	MARGEN	AGREGACIÓN
PARTO	DILATACIÓN	EXPULSIVO	POSPARTO

*Primera Fase: Separación / Dilatación*

El ingreso a la institución se caracteriza por la aceptación de la pérdida de movilidad. La silla de ruedas, la camilla, las vías para suero, la conexión a cableados de monitoreo, las botas quirúrgicas, son las primeras intervenciones. La aplicación de al menos una de ellas reduce el movimiento y va preparando el cuerpo para la inmovilidad. Al mismo tiempo se produce la separación de la pareja o acompañante, que es ocupado

en tramitaciones burocráticas y los papeleos de la internación. La fase de separación implica la entrada en el tránsito al parto medicalizado. No sólo implica la separación respecto del mundo externo. También se separa de la persona conocida que acompaña y comienzan las primeras intervenciones preparatorias. Estas intervenciones interfieren en el trabajo de parto. La luz excesiva y el aire acondicionado que caracteriza el ambiente producen incidentes en un repliegue muscular que sumado a la inmovilidad progresiva ralentizan o detienen la dinámica fisiológica, lo cual conduce a la inducción y corrobora que el parto debe ser intervenido porque si no, no se produce. Así las siguientes intervenciones de esta etapa son la inducción con oxitocina y la anestesia epidural que modula el dolor provocado por la oxitocina. Preocupaciones tales como “manchar” el piso son uno de los argumentos para el uso de la silla de ruedas o la camilla. Ante todo, la pulcritud. Quienes trabajan desde la perspectiva del parto humanizado saben que el mecanismo depredador comienza en el ingreso y el primer paso es la separación junto a la inmovilidad.

“Bueno ahí empezó la masacre. La separaron del marido. Primera cosa que las instituciones tienen es mandarlo al marido a la admisión, a que hagan la internación. La mujer se queda sola. Se queda con los leones. Yo digo la tiran a los leones. Los leones son el camillero, el portero, el de seguridad. Todavía no llegó al “rey león”. Esos son los primeros leones depredadores. Bueno la dejaron un largo rato sola. Le pusieron oxitocina. -¿Ella entra en silla de ruedas? Si. Si entró en silla de ruedas. Enseguida los leones te ponen la silla de ruedas. El primer depredador es sentarte” (Sandra partera sobre un acompañamiento a una mujer de 32 años en clínica privada en 2020)

“Las enfermeras de la clínica me pusieron esas botitas de quirófano y me empecé a resbalar, me patinaba, se me abrían las piernas. Y decían que me acueste porque no podía manchar el piso” (Mechi, 47 años, segundo parto por obra social en clínica privada, 2007).

“Llego con 4 de dilatación. Ya había roto la bolsa. No había más líquido. La

partera me hace el primer tacto, luego hubo más. Me dice que iba a quedar internada y que íbamos a seguir con todos los procedimientos. Le aviso ya de entrada que no quería anestesia y pone cara de “estás loca” y bueno. Sebas se va a hacer todos los papeles para el ingreso y yo me voy con ella a la sala de parto. Al ratito vuelve y empiezan los monitoreos, yo acostada. Lo que más recuerdo de la partera era que charlaba mucho y yo quería que se calle. Que se vaya. Sacámela de acá pensaba todo el tiempo” (Pepa, 31 años, primer parto en clínica privada por prepaga en 2017).

La inmovilidad es acompañada de soledad. En algunos casos sucede lo inverso a la situación anterior dónde la partera no paraba de hablar. La gestante es dejada en soledad en una sala desproporcionada (o muy grande o muy pequeña). La sensación es de abandono.

“... entramos en esa sala de parto que la recuerdo como una sala gigante... digo... la cantidad de cosas que podríamos haber hecho en esa sala de parto y nada no la aproveché... estuve en una camilla enchufada a un monitoreo. Me podía mover un poco, pero no mucho. Me dejaron bastante sola. Cada rato venía alguien me controlaba el monitoreo y la dilatación” (Sofí, 36 años, primer parto por obra social en 2014)

El trabajo de parto en posición horizontal aumenta los dolores inevitablemente. Ante la menor intención de querer cambiar la posición o levantarse aparece la orden contraria. El hecho de estar conectada a una vía o la posibilidad de manchar el piso son indicación suficiente. La experiencia de todas las mujeres respecto de la inmovilidad es que el dolor aumenta y las contracciones se vuelven ineficientes.

“Todo es trabajo de parto arriba de la cama. Acostada. Y me re dolía. Yo me quería parar y me decían ¡no! no te podés parar porque tenés el suero. Me ataron...” (Mariana, 31 años, primer parto en 2015 por obra social)

En algunos casos desde el ingreso a la clínica comienzan las intervenciones de inducción para acelerar el parto aun cuando no hay una

dinámica del trabajo de parto que se haya detenido, sino una cuestión de manipular los tiempos, de acortar las fases y entrar rápidamente en el período expulsivo.

“Y cuando llegamos a la clínica nos esperaba la partera y me hicieron pasar a una salita, me acostaron en la camilla y me empezaron a hacer la dilatación con la mano. Primero con un dedo, después con dos y así. Yo no tenía nada de dilatación ni tenía idea de nada. Para mí la dilatación era algo que se desencadenaba sola con el peso del bebé. Nadie me dijo que me iban a hacer eso... Y de todo lo que pasó no tenía idea. Desconocía los mecanismos y porqué me lo hacían. Era todo extraño para mí” (Mechi, 47 años, primer parto por obra social en clínica privada, 1997).

Si el ingreso se produce con una dilatación avanzada se activan mecanismo de “urgencia” que incluyen intervenciones de aceleración: Inducción con oxitocina y rotura de membranas que aumentan el dolor y descontrolan el proceso fisiológico. El cuerpo intervenido, la soledad, el dolor insoportable y la sumisión son los rasgos salientes de esta etapa que preparan a las gestantes para un parto que es semejante a una extracción forzada. También son acciones que preparan para la anestesia y la cesárea como intervenciones salvadoras.

“Ya cuando llego a la clínica, me hacen todos los protocolos y ya está, me cortan el mambo. Me sienta una mina y me dice te tengo que hacer un tacto para saber cómo estás. Ya cuando entrás a la institución algo se te cae. Se me cortó la conexión que tenía con mi cuerpo, todo. Empecé a sentir un dolor incontrolado, más insoportable. Me dice que sí o sí me tengo que acostar. Si o sí me tienen que poner la vía. O sea que ya no pude elegir nada. Ahí viene me acuestan y los dolores se fueron a la mierda. Yo sospecho que me pusieron oxitocina, no me lo dijeron, pero las contracciones se volvieron totalmente distintas” (Barby, 30 años, primer parto por obra social en 2016)

Si hay rotura de bolsa antes del ingreso a la clínica el protocolo

indica el dosaje de antibióticos por vía parenteral. Esa indicación es condición suficiente para la inmovilidad que en una dilatación incipiente inevitablemente la lentifica. Entonces la institución que se rige por tiempos estandarizados actúa de manera paradójica: ralentiza los tiempos con intervenciones de protocolo y luego debe aplicar una serie de otras intervenciones en cascada para acelerar lo que se detuvo.

“Yo llego me revisan y obviamente, la peor noticia del mundo: tenía uno de dilatación a las 8 de la mañana... Y ahí vienen me colocan el antibiótico, me dejan sentada, acostada en la cama de la habitación y a las 11 me vuelve a hacer un tacto y me dice que tenía 2 y  $\frac{1}{2}$  ponele. Faltaba un montón. Y me dice la partera: ¿Querés que hagamos inducción así aceleramos un poco? Y yo le pregunto cuál es la diferencia y ella me dice que las contracciones van a ser fuertes, más repetitivas y vas a dilatar más rápido. Bueno, era el plan perfecto... Esto era a las 11 de la mañana. Empieza la inducción y las contracciones empiezan a ser cada vez más fuertes, muy dolorosas... En un momento me llevan a la sala de parto que era un cubículo de un metro por dos, no te miento, que yo apenas entraba. El bañito era tan chico que cuando quería mear lo tenía que hacer de costado porque no entraba, de adelante no entraba... yo atravesaba las contracciones, acostada primero porque estaba en esa camilla. Nunca me dijeron: fijáte que hay estas posiciones que te pueden ayudar. Nunca me dijeron pelota, agua, ducha, agacháte, masajes lumbares. Nada, nada. Nunca me dijeron nada de eso que después uno lee... Y así estuvimos como dos horas. En un momento me quise parar, pero no me podía mover. No tenía espacio. A todo esto, a las 5  $\frac{1}{2}$  de la tarde yo seguía con la inducción y sin dilatar y ahí me plantean de la posibilidad de hacer una anestesia y tratar de ver si con un poquito de alivio del dolor yo seguía dilatando para poder ir a parto. Pero el anestesista no llegó hasta las 19:30 porque primero hubo una cesárea de urgencia y después no sé qué pasó y yo ya no daba más. Me temblaban las piernas mal y estaba con 5 de dilatación. Era una situación que vos veías que no progresaba y que tampoco llegaba a demasiado y que yo ya no daba más. (Luján, 41 años, cesárea, clínica privada por prepaga en 2019).

### *Segunda fase: Margen / Expulsivo*

La segunda fase es cuando se produce el ingreso a la sala de partos o el quirófano para el nacimiento, ya sea por vía vaginal o por cesárea. En esta etapa el cuerpo ya está totalmente domesticado. Largas horas de dolor, inmovilidad e intervenciones prepararon a las gestantes para el momento del parto. Hay intervenciones que continúan de la etapa anterior como el dosaje de oxitocina o analgesia. Se agregan las intervenciones cortantes como la episiotomía, la rotura de bolsa con instrumental, las maniobras para forzar la expulsión como la Kristeller y las técnicas de extracción como los fórceps, la cirugía cesárea y el tironeo de placenta para apurar el alumbramiento. Es el momento de mayor intervención sobre el cuerpo. La instancia en la que se producen las cicatrices, las marcas sobre el cuerpo. Si todo sale bien, es decir si nadie muere o que con lesiones de por vida, este momento se naturaliza como inevitable y se racionalizan como salvadoras las maniobras cruentas.

“Así que llego a la clínica sin dolor y con 6 de dilatación. Rapidísimo dilate. Llego excelente... Y entré a la sala de parto bárbaro. Y en ese interín llega la partera y me monitorea. Yo me sentía genial, pero ella me dice que estaban muy bajos los latidos del bebé y la frecuencia de las contracciones eran muy débiles y que la beba estaba muy alta y que así no iba a poder parir. Yo la miro y le digo: yo ya parí, no es mi primera hija. Hay cosas que ya sé. Pero ¿vos estás segura que tengo que hacer todas estas cosas? Y se lo dije mirándola a los ojos. Y me dijo, sí, en este caso es necesario. Bueno, yo no soy médica, le estoy hablando bien, y le creí. Me sienta, y le dije yo sé que, si vos me ponés oxitocina esto se va a la mierda, ahora sí te pido epidural, porque yo no me voy a bancar esta tortura. Y llamó al anestésista. Me acuesta, me pone la oxitocina, me rompe bolsa, me hace la maniobra y las contracciones se van a la mierda y me bebé empieza a bajar muy fuerte y mi cuerpo empieza a pujar... En ese momento empecé a asustarme porque empecé a sangrar mucho y empecé a sospechar que la mina esta la cagó. La mina se asustó y se fue. Entró mi compa asustado porque vió la cara de

susto de todo el mundo. Entró un obstetra del piso que no me quiso tocar y dijo: bueno vamos a esperar al obstetra, esté tranquila que está todo bien. De afuera la partera me decía: tranquila que ahí viene y llamaba por teléfono, llamaba por teléfono.

-¿Y el sangrado por qué era?

No sé, se ve que me rompió algo en el útero. Algo le hizo... El obstetra llegó de pedo con la piba ya coronada y con pujos fisiológicos con anestesia y todo. Mi cuerpo estaba en la suya. Yo ahí sentí muchísimo miedo porque escuchaba como bajaban los latidos de la beba que tenía doble circular de cordón y con todas esas maniobras para apurar se estaba ahogando. Me la ahogó. Por suerte no pasó nada. Es un toro la pendeja. Y así como nació la agarré yo y como ya estaba alertada ya estaba en bolas y me la puse en la teta y agarró de entrada. Y mi compa miró que le corten el cordón a tiempo. Con la primera no fue así. La primera vez me tironearon la placenta, la segunda no y me pusieron mucho menos anestesia porque no me dejaron paralizada. Conseguí un poquito más de respeto, pero igual me la cagaron. No pude evitar las violencias del sistema médico. No pude evitar esas violencias. Tenés que estar ahí en pie de guerra". (Barby, 26 años, partos entre el 2016 y 2018 en clínica privada por obra social).

Desde las primeras recomendaciones de la OMS (1986) hasta el reconocimiento de la violencia obstétrica, pasando por los movimientos por la humanización del parto de principios del siglo XXI, han pasado casi 40 años. Sin embargo, no sólo la atención estandarizada del parto permanece atada a los cánones antifisiológicos, sino que el intervencionismo parece haber recrudecido.

Lucrecia tuvo tres partos entre 1996 y 2004. De la primera experiencia, muy intervenida y traumática, obtiene la experiencia para que la segunda no lo sea tanto. En la segunda puede elegir cómo parir y con quienes, en la misma institución del primer parto, pero las secuelas psicológicas demuestran su vigencia. Para el tercero, la experiencia acumulada le permite experimentar un parto fisiológico en domicilio y casi

sin asistencia. La episiotomía deja marcas que van más allá de la cicatriz física. Está considerada una de las formas más evidentes de violencia obstétrica. No obstante, se su práctica es una de las automatizaciones rituales del parto. Es un procedimiento innecesario desde el punto de vista fisiológico, pero imprescindible en el plano simbólico ritual.

“Todo el embarazo bárbaro. Un curso que me encantó que lo daba Silvia Kennedy, que justo se iba de viaje, yo la quise tener de partera, pero se iba de viaje a ver a sus hijos y me tocó la que me tocó. Y yo haciendo la “velita” (yoga) ahí en mi casa y llegué al CEMIC con 5 de dilatación y me agarró la máquina de hacer chorizos. Mirá, me rompieron la bolsa, me rasuraron y me llevaron a sala de partos. Y cuando llegó el obstetra dijo: “está muy alta” ... ah... me pusieron goteo obviamente (oxitocina) y me fui a 10 (de dilatación) en un minuto y llegó el obstetra y está muy alta llamen al anestésista. Yo no quiero anestesia, le dije. “La vas a pedir a los gritos” ... casi se agarran con mi ex. Y fue un parto muy difícil. Valentina nació y yo decía es negrita y mi marido casi se desmaya porque estaba violeta y no respiraba. Le cortaron el cordón con ella adentro de la panza porque ni bien sacó la cabeza no bajaba. Y me hicieron la episiotomía sin anestesia, porque yo no había querido la anestesia. Y yo le gritaba: ¡Pará, pará hijo de puta! Fue mi único intercambio con él. Yo volví con ella a mi casa y yo cerraba los ojos, por suerte la teta y todo lo demás estuvo bárbaro, todo fue fácil el resto... pero yo me acostaba a dormir con ella en brazos y cerraba los ojos y era el ruido de la tijera que me atormentaba. Doble episiotomía me hizo. De los dos lados (Lucrecia, 50 años, partos en clínica privada por obra social entre 1996 y 2004).

La episiotomía se registra como práctica vigente en el lapso temporal cubierto por las entrevistas (1997-2020) y en los registros de partos en pandemia recogidos en las reuniones de la Red Argentina de Casas de Partos.

El impacto de esta práctica cobra relevancia en los relatos y da cuenta de la marca que más allá de los cuerpos este corte produce en las

subjetividades. Es el recuerdo de un tormento, una herida similar a las prácticas de tortura que deja una cicatriz indeleble en la memoria del hecho.

“...pero yo me acostaba a dormir con ella en brazos y cerraba los ojos y era el ruido de la tijera que me atormentaba. Doble episiotomía me hizo. De los dos lados” (Lucrecia, 50 años, primer parto en 1997, en sanatorio privado por obra social)

“La episiotomía que me habían hecho fue una carnicería...De todo lo que me hicieron no me preguntaron nada. Yo esperaba que el parto fuera... yo iba a pujar y Fran iba a nacer y nada que ver. Nadie me explicó. La verdad es que fue una experiencia directa, sin la teoría de nada. Y después yo creo que es... (llora) yo me sentí muy mal” (Mechi, 52 años, primer parto en 1997)

“Creo que me dieron la peridural y no me había hecho efecto y yo ya estaba pujando y sentí todo el pujo y sentí todo. Creo que ya estaba ahí a punto caramelo... y sentí que me hizo chik chik chik... no sentí dolor, pero sentí el corte. Sentí el (hace gesto de corte con tijeras) cuero...” (Claudia, 50 años, primer parto en 1999)

Cómo efecto de la existencia de la Ley de Parto Respetado en las experiencias más recientes la episiotomía es acompañada de un aviso, que lejos de funcionar como consentimiento informado, es sólo la enunciación de la intervención indiscutible. ¿Puede acaso una mujer pariendo acostada y con las piernas atadas a unos estribos decidir que no le corten la vulva? ¿Cómo oponerse a ello? Además, la información sobre el procedimiento es presentada como una necesidad motivada por alguna deficiencia en el proceso. Es una necesidad que se fundamenta por razones médicas lo cual la torna en indiscutible. Así en los hospitales públicos que son sede de las residencias que forman en las especialidades la episiotomía se realiza por razones de instrucción como práctica, sea o no necesaria. Lo llamativo es que en los centros de atención privados, clínicas o sanatorios, se siga realizando indiscriminadamente. Es ahí dónde podemos comprender el

carácter de corte ritual de “marce de género” de la que nos habla Valeria Fornes (2010).

“En una de esas me dice (el obstetra): “Necesito cortar (el periné) porque viene con la manito en la cara y no pasa”. Bueno, venga episiotomía. Corta y nace. Yo hoy digo me la sacó. Me la pusieron en el pecho. La tuve un ratito en el pecho. No creo que hayan esperado el tiempo correcto del corte de cordón. De hecho, no lo detectaron porque Ema tiene un soplo que es resultado de un corte prematuro de cordón que impidió la unión de dos tabiques que se produce con el primer respiro” (Pepa, 31 años, primer parto en 2017, clínica privada, sistema prepago).

Entonces, la existencia de la Ley 25.929 (Parto Humanizado) incide en la episiotomía, no en el sentido de que se elimine dicha intervención, sino que la misma es avisada y se produce en una parodia de “consentimiento informado”. Las intervenciones propias de la medicalización no se modifican, pero se realizan con un permiso, condicionado por la situación subordinada de las mujeres acostadas en la camilla de parto con las piernas elevadas y sujetas a unos estribos y luego de varias horas de sufrimiento en la institución.

La maniobra de Kristeller que consiste en la realización presión sobre el fondo de cuello uterino es otra de las prácticas -junto a la inducción hormonal con oxitocina, la amniotomía (rotura de bolsa) y la episiotomía- que está desaconsejada por la OMS desde 1996<sup>48</sup>, pero que continúan utilizándose. La maniobra de Kristeller es especialmente iatrogénica. Puede ocasionar lesiones en el útero de variada gravedad, hemorragias y lesiones en el bebé que van desde un edema leve y rotura de clavícula hasta la parálisis cerebral y la muerte neonatal. En las entrevistas se registraron

---

<sup>48</sup> Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf> / Normativa Argentina para el acompañamiento perinatal. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/acompanamiento\\_perinatal.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/acompanamiento_perinatal.pdf)

varios casos de Kristeller realizadas entre los años 1996 y 2020, lo que da cuenta de su aplicación rutinaria que no se modifica con el paso de los años, recomendaciones y leyes mediante.

En el caso que sigue se puede ver cómo todas las intervenciones para inducir el parto terminan complicándolo. Finalmente, el parto se produce por extracción con fórceps y maniobra de Kristeller. Como corolario se olvidaron de sacarle la vía y le dejaron el dosaje de oxitocina durante toda la noche lo que le ocasionó contracciones y dolor durante 8 horas.

“Después de que empezaran la dilatación con la mano me pasan a una habitación y me ponen el goteo, “un goteíto”, y empecé a tener contracciones muy seguidas, una atrás de la otra, muy dolorosas. Y como me daba vergüenza yo estaba hecha un ovillito en la cama y el obstetra me decía que podía gritar mientras hablaba de River con Jorge (Jorge es de River) y yo estaba muerta de dolor y de vergüenza. Me acuerdo que estaba muerta de dolor. Tenía contracciones tras contracciones, pero no rompía bolsa. Entonces trajeron una herramienta, larga y finita y me rompieron la bolsa. Era como una aguja enorme. Ahí, cuando rompí bolsa (...) me llevaron al quirófano y me acostaron. De repente me encontraba, acostada, anestesiada, con la partera empujándome la panza y el obstetra gritando que el bebé no salía porque estaba encajado. El anestesista que decía “esta piba no da más” y yo que...Cómo no salía usó tres fórceps distintos y yo no sentía nada. Estaba anestesiada del cuello para abajo y Jorge dice que me miraba y que tenía toda la cara marcada de la fuerza que hacía para pujar. Con el fórceps que usó, Fran salió, pero para mí salió de debajo de la mesa porque mi cuerpo en ese momento no existía. Era... todo pasaba en mi cabeza, pero mi cuerpo no lo sentía. Se lo llevaron porque no lloró y luego lo escuché llorar. Me lo mostraron un segundo y me lo sacaron porque lo llevaron a terapia, no sé por qué. Yo no dormí en toda la noche. No sé qué pasó que me quedé con la oxitocina puesta y tuve unos dolores terribles, las contracciones seguían y seguían. A la mañana la enfermera cuando me vió

me dijo “sos una santa” (Mechi, 47 años, primer parto en 1997 por obra social en clínica privada)

Las secuelas, tanto físicas como psicológicas, que deja un parto medicalizado persisten durante toda la vida. En el momento del parto se produce una ambivalencia emocional entre la sensación de maltrato y violencia y la felicidad porque finalmente “todo salió bien”.

“Yo ví en la primera (experiencia de parto) tenía el cuerpo anestesiado, pero pensaba cuando me pueda levantar yo le pego al médico porque yo sentía que (él) estaba descontrolado. El tipo gritaba. ¡El bebé no puede estar ahí! Pasame otro fórceps! ¡Este no sirve! Y cuando yo pueda levantarme, yo le pego. Si él sabe que yo sé que si queda encajado le puede faltar oxígeno, cero contención. No hubo ninguna contención en ningún momento... Estaba muy contenta porque tenía un bebé hermoso. El médico me dijo “mirá a tu hijo que nació bien” ... como que lo demás no importa. Fran estaba lastimado por los fórceps y yo estaba con el cuerpo destruido, pero eso no importaba porque “todo había salido bien” (Mechi, 47 años, primer parto en 1997 por obra social en clínica privada)

Se trata de un caso contemporáneo a las recomendaciones de la OMS, pero anterior a las leyes de parto humanizado y de protección integral de violencia contra las mujeres. No obstante, en la actualidad esta modalidad de atención sigue siendo la que predomina.

Mariana tuvo una primera gesta interrumpida, un parto gemelar en el que el uso de la maniobra de Kristeller provoca severos traumas en uno de los gemelos, que queda con parálisis cerebral y muere a los cuatro meses luego de varias internaciones. Posteriormente Mariana se hace Doula y luego tiene a su tercer hijo en un parto que se desencadena en domicilio y en el que ella se auto asiste en medio de un apagón que impidió que llegara su partero.

“Yo siempre digo, si somos capaces de parir en estas condiciones...”

¿Imagínate lo que serían los partos si fueran acompañados de manera fisiológica? (...) ... siempre me quedo flashando eso. Ahí me internan. Me ponen tiqui (hace el gesto de pinchazo en brazo) oxitocina. Protocolo. Full protocolo. Me traen un monitor y me monitorean. A Juani lo monitorean, todo bien y al segundo bebé no lo encontraron. No lo encontramos me decían, pero todo bien. Capaz porque se está moviendo, que se yo. Todo es trabajo de parto arriba de la cama. Acostada. Y me re dolía. Yo me quería parar y me decían ¡no! no te podés parar porque tenés el suero. Me ataron. Después el obstetra me vuelve a tactar, me tactaron un par de veces, y dice: estamos con 9. Nos vamos a la sala de partos. Me trasladan a la sala de partos. Jamás me dejaron bajarme de la camilla ni moverme. Así y todo, tenía dilatación completa y el bebé estaba naciendo. Es increíble. Juani nace. Para mí fue re sencillo. Después yo supe que estuve bastante dopada, que me dieron oxitocina y no sé cuántas más cosas, pero en mi registro no fue un dolor que... fue un dolor sí, pero...no era tampoco tan grave. Juani nació. Me acuerdo que lo agarró así de las patas (hace el gesto) me mostró las bolas. ¡Tenés un varón! Me dijo. Me lo traen le doy un beso y a neo. Estaba espectacular. Dos kilos 350 36 semanas. Impecable. Yo seguía acostada y el obstetra me dice: “Ahora el útero va a descansar un rato y vas a empezar a tener contracciones y va a nacer el segundo bebé”. Yo estaba muy cansada. No me dieron de tomar nada de agua. Tenía el suero. Nació Juani a las 5:18 de la semana. Un TP corto. Yo había empezado a las 9 de la noche y nació a las 5 de la mañana y no me moví nada. Piloto automático. Es increíble. Y nada después como las contracciones no empezaban, yo estaba cansada. No tengo recuerdos claros. Todo es como flashes intermitentes. Estaba re dopada y lo supe mucho después. Y no sé qué tuve. Yo nunca me animé a leer mi historia clínica. En el recuerdo siguiente yo tengo a la partera haciéndome Kristeller. El bebé no salía. No salía. No salía. Después armando el relato con el papá, me dice: yo estaba tranquilo porque no había un estado de alarma en la sala de partos, era como todo normal, no había caras de preocupación, un tono alto, tensión, nada. Ahí el médico me dice: “bueno te vamos a coser la episiotomía y te vamos a pasar

al quirófano porque te vamos a hacer una cesárea porque este bebé no sale. Yo estaba más allá del bien y del mal. Me cosió la episiotomía. Se tomó todo su tiempo. Le dijo al papá que se quede tranquilo que me iba a dejar como nueva (Mariana, 30 años, 3 gestas, parto medicalizado de gemelos con cesárea en 2015 y 3 parto autoasistido en domicilio en 2018).

La maniobra de Kristeller ocasionó un severo traumatismo craneal y el segundo bebé de Mariana, Bautista nació con el indicador de signos vitales más bajo de la escala, APGAR 1, casi muerto.

“Bueno entonces, como el bebé entró así (encajó con la frente y la mano en el cuello) no iba a deflexionar nunca y no iba a poder salir nunca. ¿Qué pasa? Cómo le hicieron la maniobra física y a mí me decían pujá y pujaba con mi vida eh... ¿Qué hicimos? Lo metimos a presión en mi pelvis. Entonces, él estaba edematizado porque se golpeó contra la pelvis cada vez que yo pujaba, cada vez que presionaba la enfermera, o sea como todo eso. El bebé cuando nace el APGAR dio 1. APGAR 1 cuando nació. El bebé nació muerto. Cuando nace muerto, por protocolo, lo reaniman. A todo esto, durante todo el TP, no hubo un puto monitoreo de Bautista. Con lo cual, no teníamos ninguna evidencia de que ese bebé estuviera vivo. No sabíamos en qué momento se murió y tampoco a nadie le interesó saberlo... ¿me entendés? ... en un país donde se hacen cesáreas a mansalva y porque sí... a mí me dejaron morir un pibe” (Mariana, 30 años, 3 gestas, parto medicalizado de gemelos con cesárea en 2015 y 3 parto autoasistido en domicilio en 2018).

La demora en realizar la cesárea y la insistencia en que se produzca un parto normal luego del nacimiento del primer bebé, sin monitoreo, en posición decúbito y usando la maniobra de Kristeller es una escena que grafica el axioma que enunciado por una de las parteras entrevistadas: “la institución hace dónde tiene que hacer y no hace dónde debe”.

## *Cesáreas*

El repertorio de la medicalización del parto incluye prácticas cortantes características como la episiotomía y la cesárea. La cesárea se fue instalando como la forma de nacer, incluso deseada por las propias gestantes, que la imaginan como un evento menos cruento que el parto. Este imaginario es confirmado porque el parto vaginal en el ritual medicalizado es ciertamente muy cruento. Los relatos de sufrimiento que circulan acerca del parto y las experiencias cercanas que los confirman inducen a consolidar la idea de que se trata de un evento de padecimiento extremo por razones naturales. Se asume como realidad el “parirás con dolor”, la maldición bíblica. Entonces la cesárea aparece como un atajo, una forma de eludir la maldición. Lo que se omite en esta construcción idealizada es que la cesárea al ser una cirugía compleja entraña riesgos, molestias postoperatorias, rehabilitación física y puede dejar secuelas para futuras gestaciones. También deja cicatrices que pueden leerse como “marcas de género” como las episiotomías.

Cada vez se realizan más cesáreas, especialmente en el ámbito de la atención privada o por obra social. Casi un 80% de los nacimientos en estos contextos se producen por cesárea. La patologización del parto es la norma. ¿Cómo se explica que embarazos normales y trabajos de parto que comienzan sin inconvenientes terminan en cesáreas porque no se produce la dilación, es decir se detiene el trabajo de parto? ¿Se tienen en cuenta las condiciones que podrían estar afectando a esta detención? La inmovilidad, las luces fuertes, los ruidos, las interacciones sociales asimétricas y burocratizadas, nada de lo que sucede en el ámbito institucional parece ser tomado en cuenta como condicionante de la detención del trabajo de parto. Los tiempos institucionales determinan que con o sin inducción previa, si hay más de 8 horas de trabajo de parto, viene la cesárea.

“Cuando llegué tenía dos de dilatación...que no es nada... me dije esto viene para largo... yo me acuerdo que hacía unos ejercicios que había

estado viendo, el sonido de la O, que mi mamá me miraba con cara de loca... Pero nada desde las 7 hasta las 11 de la mañana que vino la obstetra y me dijo “esto no va ni para atrás ni para adelante, me parece que vamos a cesárea” Y eso ¿Quién lo decide? Me acuerdo que le pregunté. “Lo decido yo” me dijo. “Así que vamos a cesárea”. Porque si no estás dilatando por algo es. Mi experiencia me dice que si no estás dilatando por algo es. Y ¿qué iba a decirle en ese momento... Después cuando tuve mi parto fisiológico y tuve 40 hs de trabajo de parto entendí que mi cuerpo necesita de esas 40 horas de TP. Y más en el primero. Cada cuerpo tiene su tiempo” (Sofi, 36 años, primer parto en 2014 en clínica privada por obra social)

Las gestantes tienen registro de la influencia del entorno sobre el trabajo de parto. Entornos que desde el punto de vista de la hotelería pueden ser calificados como cinco estrellas, pero que no son aptos para propiciar un trabajo de parto activo. A lo que se suma la constante interrupción de una vigilancia clínica que propone intervenciones químicas para “acelerar” el proceso. La estimulación es con hormonas o con procedimientos mecánicos (dilatación manual, rotura de membranas) mientras el cuerpo permanece inmobilizado, invalidado. Luego de varias intervenciones que incrementan las molestias y no parecen efectivas para que el parto se desencadene viene la cesárea que es aceptada con alivio porque ese paso implica el fin del martirio. Luego se dan diagnósticos que justifican la cirugía tales como la existencia de un nudo verdadero o posiciones fetales complicadas, que no constituyen en sí mismos motivo de cesárea, pero que sirven como argumento legitimador.

“Yo había empezado a tener contracciones a las 5 y ½ de la mañana. A todo esto, el médico, nada... Ni un llamado, ni un mensaje. Nada... Yo estaba con 6 de dilatación y me hacían pujar igual. Dice que le tiraba del pelito a ver si bajaba. Bueno, me hicieron pujar y yo no podía pujar porque no tenía el impulso de la fuerza que salía. En ese momento viene la partera a decirme que lo lamentaba mucho pero que vamos a tener que ir a cesárea. Mirá la verdad te digo: no me importa. Después del camino que recorrí o algo así,

porque estaba bastante drogada de todo, de la oxitocina, del dolor de todo el día, del cansancio, yo lo único que quiero es tener a Franco conmigo y que nazca bien. Pero se lo he dicho de una manera que la partera se larga a llorar. Se le empiezan a caer las lágrimas. Tranquila le digo yo que la tuve que contener a ella y le digo así y se fue llorando... Me ponen de nuevo anestesia, ya estaríamos hablando de las 9, 9 y ¼ de la noche por ahí, y ahí llega el médico que te hago mi lectura, llega bronceado, viste cuando vos estuviste al sol todo el día que no tenes el color y pensé este estuvo todo el día en el country y la pesadilla lo quería hacer venir. ¡A quién se le ocurre nacer un domingo! ¿No? Cayó ni me tocó. No me revisó ni me tocó la panza, nada. Directamente pasé al quirófano... Pasé al quirófano y empecé la preparación y 22:06 nació. Lo único que te puedo decir es que cuando lo saca tenía un nudo verdadero (del cordón). Viste cuando el nudo está en el cordón. ¡Uy mirá esto! Cómo que se sorprendió porque no es algo frecuente. En ese momento me mostró el nudo. Yo le pregunté si fue por eso por lo que se demoraba el parto y me dijo si es probable... Después me enteré de cuántos chicos nacen con nudo verdadero por parto natural (Luján, 41 años, parto por cesárea en 2019 en clínica privada por prepaga).

La atención por obra social en un hospital escuela implica el pasaje por varias manos. En un primer tacto innecesario porque había indicación de cesárea por posición podálica del bebé, le provocan la ruptura de las membranas lo que aumenta el dolor y acelera el proceso de parto. Y luego en la post cesárea, la revisión de la herida le provoca molestias por la torpeza de la maniobra con que fue realizada.

“Y me acuerdo que una residente me recibió en la clínica, le digo estoy con contracciones cada 5 minutos, me duran tanto... Le digo que el nene está de cola porque tuve monitoreo hace dos días y está así. Y ¿Qué hace? Me hace un tacto y rompe la bolsa. ¡Yo dije la puta! ¡Para qué me hace un tacto si la podía romper! La cuestión es que se aceleró todo, yo empecé con unos dolores de aquellos. Por suerte fue rápido, pero no había necesidad de hacer eso. Y bueno de ahí sala de partos, no hubo problema para que, entre

Gabriel, fue muy contenido todo, re bien. Pero por ejemplo si, posición quirúrgica: los brazos así (hace el gesto de en cruz), coso de oxígeno, vías. Vos decís, todo bien, pero... Yo además estaba super tranquila. Pero hubo toda una cosa recontra medicalizada... Te pasan suero, todo por las dudas. Yo decía está naciendo un bebé, no es que yo tengo algo preexistente, una enfermedad, que me voy a descompensar. La cuestión es que nace y le hacen todo como en cualquier nacimiento hospitalizado. Igual todo re bien porque me lo dejaron enseguida y no nos separaron, él siempre estuvo conmigo en la habitación. Pero, a las dos horas de haber nacido, de estar con la cesárea, con la herida y todo viene otra residente y me pregunta cómo estoy y me toca la panza justo dónde tengo la herida y me hace doler un montón. ¿Yo decía, justo tenés que tocar ahí? Me acuerdo que me quedé sin aire. Y yo digo: ¿Cuál es el sentido de esto? La piba vino y metió mano porque sí. Residente era. Me dejó toda dolorida y no era necesario (Nadia, cesárea en 2017 en Clínica -Hospital escuela- por obra social)

La cesárea por elección es una estrategia para evitar intervenciones que provocan dolor y daños. Como estrategia es paradójica ya que para evitar intervenciones se elige pasar por una cirugía mayor, pero es entendible en un contexto altamente medicalizado en el que se percibe la amenaza de la violencia obstétrica detrás de los protocolos del parto dirigido médicamente.

“Yo tengo muy en claro que soy una privilegiada por mi clase social, porque soy blanca. Y entre la gente con la que yo me muevo (padre y abuelo médicos)... la mayoría elige la cesárea para evitar eso (la cascada de intervenciones). Mis amigas me dijeron que estaba loca por querer parir. Absolutamente todas fueron a cesárea elegida de antemano” (Barby, 30 años, dos partos entre 2016 y 2018).

La cesárea por demanda de las personas gestantes, al igual que el parto domiciliario, es también una estrategia de negociación y ejercicio de la autonomía corporal que tiene como objeto disminuir el padecimiento, los

tiempos de espera con dolor extremo, las posibles mutilaciones (episiotomías o desgarros) que pueden afectar la vida sexual futura o incluso la salud y la vida de los bebés.

“Decidí que quería una cesárea porque tenía miedo” (F. activista lesbiana, madre por método ROPA)<sup>49</sup>

La cesárea por demanda se relaciona con el miedo y el desconocimiento sobre el proceso de parir. Es posible dar curso a diversas interpretaciones sobre este fenómeno cuando la voluntad de cesárea se presenta como una elección de las personas gestantes. Por un lado, tenemos una desconexión cada vez más profunda sobre la fisiología uterina y sobre la potencia del cuerpo y además está el miedo al descontrol, a los fluidos, al dolor.

“Yo no pude parir porque no estaba conectada con mi cuerpo, siempre. Ahora es otra situación. Yo no pude parir por eso. A mí me pasó y lo veo en un montón de familias, yo siempre acompañé mujeres, no porque crea que son las únicas que pueden gestar y parir. Pero a mí me pasó.” (May, 30 años)

La cesárea nos permite imaginar y hasta experimentar un evento indoloro y controlado bajo el efecto de la anestesia. También se inscribe como evento “ordenado” y controlado por los tiempos del quirófano bajo las reglas de la cirugía, es decir de la ciencia. Pero el dolor luego de la intervención es inevitable. Puede durar incluso meses o años interfiriendo la lactancia, el cuidado del recién nacido, el descanso nocturno, la actividad sexual, la higiene corporal y la realización de actividades cotidianas y gestaciones futuras.

“La post cesárea ¡durísima! Porque encima a las mujeres nos dicen: “es un tajito nomás y encima tienes anestesia” Yo recuerdo el momento en el que a mí me levantaron por primera vez, porque además te levantan: “bueno te

---

<sup>49</sup> Método de fertilización asistida en que se recibe la donación de óvulos de la pareja.

“tienes que parar y no sé qué” como si fueran a entrenar para el “Ironman”. Yo recuerdo que me paré y fue tal el dolor que sentí que yo miré hacia abajo, hacia el piso porque pensé que se me habían salido los intestinos. Es un tirón tal que yo dije: “se me han salido los intestinos, yo me rompí” ... Era tal el dolor que no podía moverme. Con corticoides un montón de tiempo... yendo a ver a mi bebé a neo (ella terminó en neo dos días después, no tuvo que ver con el nacimiento) ... pero en silla de ruedas... recuperarte de una cesárea es durísimo (Violeta, 41 años, primer parto en 2010)

“Las mujeres venimos de generaciones y generaciones de cuerpos violentados, de cuerpos enajenados y por ende mentes también. Y entonces, se escinden de las emociones y yo uno de los trabajos que más hago es abordar el cuerpo desde las emociones... Yo nunca pude parir. Me hicieron una cesárea y mi hermana también en el primer embarazo tuvo una cesárea... Estoy capacitando en Rio Negro y todo es cesárea, todo es intervención. Las mujeres están acalladas en sus cuerpos porque todavía está el patriarcado altamente funcionando como sistema” (Sandra, 58 años, único parto por cesárea).

La demanda de cesárea como estrategia de negociación frente al sufrimiento y al daño físico, también puede pensarse como un acto de autonomía sobre el propio cuerpo en una situación donde el margen de decisión es prácticamente nulo y el padecimiento de tener un parto vaginal parece garantizado. No obstante, esta decisión queda subordinada a las posibilidades del contexto institucional y de clase social que habiliten o clausuren dicha negociación.

Hay también un sentimiento de auto responsabilización e impotencia en algunas mujeres cuyo parto termina en cesárea. Algo de la “sabiduría del cuerpo” falló. El reconocimiento de que esta falla se relaciona con la situación institucional y las intervenciones no es inmediato, se produce tiempo después.

“Es eso que uno no sabe y hace porque le sale... la sabiduría del cuerpo. Era

a lo que yo apelaba, pero no me salió muy bien. Había escuchado hablar de las doulas, pero no sabía bien que hacían. No sé pensaba yo ¿qué voy a hacer con una que me dé una cita más de todas las que tenía? Tengo médico, tengo hematólogo, tengo psicólogo... también doula... no tenía ni idea. Hoy si sé” (Luján, 41 años, cesárea en 2019 en clínica privada por prepaga).

Durante todo el embarazo en cada control y también en el curso de parto se prepara a las mujeres para la dependencia médica y el temor a los riesgos, a lo descontrolado que puede sobrevenir. Tener más de 40 semanas de gestación o varias horas sin la dilatación esperada, tener más de 35 años, o que la posición fetal no sea cefálica son indicación de cesárea programada.

“Cuando llegué tenía dos de dilatación...que no es nada... me dije esto viene para largo... yo me acuerdo que hacía unos ejercicios que había estado viendo, el sonido de la O, que mi mamá me miraba con cara de loca... Pero nada desde las 7 hasta las 11 de la mañana que vino la obstetra y me dijo “esto no va ni para atrás ni para adelante, me parece que vamos a cesárea” Y eso ¿Quién lo decide? me acuerdo que le pregunté. “Lo decido yo” me dijo. “Así que vamos a cesárea”. Porque si no estás dilatando por algo es... mi experiencia me dice que si no estás dilatando por algo es. Y ¿qué iba a decirle? en ese momento...” (Sofi, 36 años, cesárea, 2014 en clínica privada por obra social)

“Y cuando fui a la consulta con el obstetra me dijo vamos a poner una fecha y la fecha fue para la semana 38, no para la 40, por ejemplo. Vamos a ver para la semana del 20 de marzo. ¡No me pongas el 24 de marzo por favor! A mí no me hizo mucha gracia eso de programar y no esperar a que el parto se desencadene solo. No el tema del parto o la cesárea, porque D estaba dado vuelta y no quedaba otra. El tema era por qué no esperar a que se desencadene solo. ¡Esperen a que el chico quiera nacer, no me la programen! (Nadia, 41 años, cesárea en 2017 por obra social en clínica privada)

La experiencia del quirófano es recordada como algo que poco tiene que ver con el nacimiento. Los brazos atados en cruz, el campo quirúrgico, el equipo de salud que habla de cualquier cosa. El cuerpo es desconectado, totalmente paralizado y la acción se traslada a las manos de hierro.

“Me ataron los brazos, en posición de crucifixión, me empezaron a enchufar todas esas cosas que te enchufan, en el corazón, en las venas... y bueno el anestesiista era chistoso y me hacía chistes, me puso la anestesia y ese manto. Te cuento lo que me acuerdo... nadie me habló amorosamente de lo que estaba pasando en ese momento. Cómo si yo no estuviera allí y era el nacimiento de mi primera hija. Ellos hablaban entre ellos de cualquier cosa. No me acuerdo de qué porque yo estaba concentrada en sentir lo que pasaba con mi cuerpo. Nunca me voy a olvidar del zamarreo del cuerpo, porque si bien no sentís el dolor, el zamarreo del cuerpo lo sentís y no te lo olvidás nunca. Sentís como cuando te sacan una muela. Te mueven el cuerpo de un lado al otro para sacarte algo que está adentro. Es muy loco, porque es mi cuerpo, pero no estoy sintiendo nada. Es como si fueras una bolsa de papas” (Sofi, 36 años primer parto por cesárea en 2014)

Luego de una cesárea el cuerpo necesita mucho tiempo de recuperación. La cicatriz puede causar molestia durante meses y además dificulta la lactancia ya que al amamantar se producen leves contracciones uterinas que repercuten en la herida.

No esperar a que se produzca el parto y determinar con imágenes de ecografía sin tomar otros signos clínicos en este caso implicó un error de cálculo de casi 10 días. Se trata de acciones que no son sin consecuencia y que dejan una huella profunda.

“Yo la verdad que me recuperé bastante bien, pero tengo el recuerdo de que a mí la cicatriz me dolió un año. En días de humedad la sentía y... si recuerdo que me costó muchísimo dejar de sentirla. Por suerte con la lactancia no tuve ningún drama y eso ayuda un montón a poder cicatrizar

otras heridas. Y después cuando le hacen la prueba de cuantas semanas de gestación tiene, dio 39 y media... Por ahí no era ese el día del parto. Si yo no hubiera tenido el apuro de la médica hubiera sido dos días después o una semana después” (Sofí, 36 años, cesárea, 2014 en clínica privada por obra social)

Luego del parto o cesárea se produce la separación del recién nacido para examinarlo y se lo ingresa en la sala de neonatología para la evaluación final, aunque el bebé haya nacido con vitalidad y no presente ningún problema o riesgo. Todo recién nacido pasa por esta instancia luego de un parto medicalizado. La separación del bebé sucede mientras se procede a suturar la episiotomía o la cesárea según el caso.

“Ahí se la llevan a Ema con Seba a neo. La experiencia de Seba en neo le resultó abrumadora. No podía creer como trataban a los bebés. Mi hija acaba de nacer y la están tratando como si fuera un pollo. Agradezco no haberlo visto. De sólo imaginarlo y escucharlo a él me destruía. Ahí me empiezan a coser y siento todo. Siento la aguja, siento el hilo, siento absolutamente todo. Pego el grito. “¿Te duele?” me pregunta el obstetra. Llama al anestesista y le pide que me dé un refuerzo. Dejó de sentir a los segundos, me termina de coser y viene Sebas sin Ema y nos dicen “Vayan a la habitación que luego se la llevamos”. Subimos a la habitación y pasaba el tiempo y no la traían. Capaz que pasaron 10 minutos, pero para mí fue una eternidad. Fue una de las cosas que creo que no me perdona del nacimiento de Ema. Después de ahí se la deben haber llevado una o dos veces más para control de peso, la BCG y la mar en coche. Y después ya se prendió en la teta. Tuvo una mala prendida. Me lastimó. Pasó una puericultora y trató de corregirla. Estuvimos dos días. Ema bajó de peso. La pueri trató de que se prenda bien para que no bajara más de peso. Y después de eso ya nos dieron el alta con la constancia de que estaba bien prendida a la teta y que iba a recupera peso” (Pepa, 26 años)

Este relato de parto permite apreciar cómo los significados

institucionales sobre el cuerpo gestante interfieren la fisiología transformando el proceso de parir en una situación de riesgo, dificultades y amenazas que las intervenciones en cascada protegen y salvaguardan cuando en realidad son las que provocan el riesgo, la amenaza y las dificultades que pretenden subsanar. Esta inversión de la situación es una de las claves para poder entender como desde el abordaje institucional hegemónico del parto se ejecuta sin fallas el mandato bíblico del “parirás con dolor” pero con la seguridad que proporciona el avance de las técnicas médicas y el aparente cobijo institucional.

“La experiencia de Seba en neo le resultó abrumadora. No podía creer como trataban a los bebés. Mi hija acaba de nacer y la están tratando como si fuera un pollo. Agradezco no haberlo visto. De sólo imaginarlo y escucharlo a él me destruía. Ahí me empiezan a coser y siento todo. Siento la aguja, siento el hilo, siento absolutamente todo. Pego el grito. “¿Te duele?” me pregunta el obstetra. Llama al anestesista y le pide que me dé un refuerzo. Dejé de sentir a los segundos, me termina de coser y viene Sebas sin Ema y nos dicen “Vayan a la habitación que luego se las llevamos”. Subimos a la habitación y pasaba el tiempo y no la traían. Capaz que pasaron 10 minutos, pero para mí fue una eternidad. Fue una de las cosas que creo que no me perdona del nacimiento de Ema. Después de ahí se la deben haber llevado una o dos veces más para control de peso, la BCG y la mar en coche. Y después ya se prendió en la teta. Tuvo una mala prendida. Me lastimó. Pasó una puericultora y trató de corregirla. Estuvimos dos días. Ema bajó de peso. La pueri trató de que se prenda bien para que no bajara más de peso. Y después de eso ya nos dieron el alta con la constancia de que estaba bien prendida a la teta y que iba a recupera peso” (Pepa, 31 años, primer parto en clínica privada por prepaga).

### *Tercera fase: Integración / Vuelta a casa*

En esta fase se recupera el contacto con el mundo exterior. Las experiencias de partos muy intervenidos refieren una vuelta a casa con sensaciones ambivalentes. Es el momento en que aparece la ignorancia

sobre lactancia, cuidados y además con el cuerpo herido, con procesos de cicatrización molestos, dolorosos. Despojadas de los saberes más elementales sobre puerperio y lactancia, luego de atravesar un proceso penoso, mortificante, enajenadas de sus propios cuerpos las mujeres dejan la institución con incertidumbre y nuevos temores. Los controles post parto tiene como objeto verificar las suturas realizadas y verificar que el recién nacido no pierda peso una vez que quede a merced de su madre.

“Nos fuimos a casa. La salida de la institución para mí fue un bardo. Entre el frío, la experiencia de salir con un recién nacido y no entender nada de la vida. Volver en auto de capital a provincia. No sabés como volver. Después llegar a casa, estar acá solitos los tres y después la famosa bajada de la leche que para mí fue catastrófica. Mis tetas era dos piñatas que explotaban, no podía más de dolor. También parte del combo es la desolación de la vuelta a casa. Es terrible. No hay un seguimiento. Y el seguimiento que hay vos tenés que ir a control para ver cómo estaban los puntos. Y de hecho en el seguimiento el doctor se jactaba de habérmela dejado hermosa, una obra de arte. “Mirá cómo te la dejé” ...” (Pepa, 31 años, primer parto en clínica privada por prepaga en 2017)

La salida de la clínica implica reconocer la soledad frente a esta nueva situación. Situación que evidencia la precariedad de las redes de cuidado que se suma a la desconfianza que genera un cuerpo vulnerado en la institución.

“Fran fue un bebé muy susceptible los primeros meses y yo estaba con el cuerpo destruido... Nació deprimido y hubo que estimularlo días. No se prendía y después hizo una gastritis. Tuvo reflujo los primeros 4 meses, un horror. Y yo casi hice una mastitis porque él no tomaba y yo producía de más por la cantidad de oxitocina que me habían pasado...Cómo que algo se quebró en mí ahí. Yo estuve muchos años para recuperar mi cuerpo roto. Creo que pude recuperarlo ocho años después con el nacimiento de Cata. La integridad de mi cuerpo se rompió. Yo en ese parto me perdí. Perdí mi

integridad de persona. Como si perdés la identidad. Esa sensación de desconocerte, que no sos vos. Que algo te pasó. Y al mismo tiempo tenés que cuidar a un bebé... De hecho, me llevó tres meses volver a sentarme por la herida de la episio. Andaba con un almohadón de goma para todos lados porque no me podía sentar. Y así tenés que cuidar a un bebé y al poco tiempo volver a trabajar. Es algo tremendo. La episio fue enorme y de hecho en los días de humedad, Fran ya tiene 20 años, y la herida es como un cordón enorme, la siento, me molesta” (Mechi, 47 años, primer parto en 1997 por obra social en clínica privada)

Con el cuerpo roto, las molestias, el dolor, la sensación de haber sido violentadas y el desconocimiento sobre los aspectos más elementales de crianza hacen de la fase de integración un momento especialmente difícil. Aquí se da otra interesante inversión, mientras el parto es intervenido con múltiples procedimientos porque la fisiología es tratada como fallida o patológica se supone que la lactancia sucede instintivamente por el sólo hecho de ser mamíferos.

“Y es que no sabés nada. Si estará bien que duerma así. No sabés que es lo que puede pasar. Que la teta esté bien. Todo es un mundo nuevo. Pasa que también me sale la comparación. Las primeras horas en tu casa... en la institución te pasa eso... hacen que no confíes en tu cuerpo y para cualquier cosa están las enfermeras... En tu casa estás sola y no sabes nada. Y te hacen creer que sos incapaz de criar a tu cría. Y te lo terminás creyendo. Si socialmente como que también no hay apoyo. No sabés que hacer” (Pepa, 31 años, primer parto en clínica privada por prepaga en 2017)

El momento de regreso a casa unifica la experiencia de la gestación y se hace evidente el impacto de los cursos de preparación, las intervenciones en el parto y el posparto. Lo que no se sabe, los temores, las violencias y el mandato de ser una “buena madre por instinto” como afectos que inciden en la conexión o desconexión con los recién nacidos.

“Yo me dí cuenta de que a mí esta experiencia a mí me dificultó la

lactancia, me dificultó el maternaje, el hecho de haber estado dormida y no haber sentido amor ni ninguna emoción, no es menor, porque tardé muchísimo en poder vincularme con mi hija desde un lugar humano porque fuimos como dos cosas en silencio. Creo que la lactancia fue el síntoma de nuestro vínculo. Hubo como mucho de reconstrucción del vínculo. No llegó ese primer momento que se supone tiene que pasar, porque te intervienen toda tu oxitocina y claro me dejaron en cero y ella nació en cero, mudita también. Ella no tuvo demanda y yo no tuve respuesta. O sea, ese primer vínculo quedó totalmente interferido y creo que eso fue todo producto de la intervención, porque no fue lo que yo tenía construido con ella durante el embarazo. El embarazo con ella fue todo muy de cantar, de estar con la panza y ahí (en el parto y después del parto) me quedé muda y ella también. Las dos mudas (Barby, 30 años, primer parto en 2016 en clínica privada por obra social).

La intervención de especialistas en crianza (enfermeras o puericultoras) que preparan para la vuelta a casa pueden estar en sintonía con el paradigma del miedo que recae sobre las mujeres como retos que brindan la cuota de inseguridad justo antes del momento del egreso de la institución. Volver a casa se produce así con cicatrices, dolor, miedo e inseguridades.

“Y después la puericultora... La puericultora vino, me acuerdo que estábamos re bien. Me dice como ponerlo, D se enganchó enseguida al pecho. Todo bien. La mina divina hasta el día en que yo me estoy yendo del C.... Que me acuerdo que G se fue a hacer todos los papeles y yo estaba sentada en el sillón y D estaba en la cunita. Me acuerdo que entra y era como otra persona. Yo estaba sentada mirando como al infinito... no sé porque el mundo se me había dado vuelta de repente... y me acuerdo que entra esta mujer lo mira a D y me dice -de mal modo: ¡No lo podés dejar dormir así! ¡Se te puede asfixiar así, se te puede morir! Y yo le digo, pero la enfermera lo dejó así. -Bueno, pero ahora que te vas a tu casa vas a estar sola y lo vas a deber tener presente. Decí que yo soy una persona que estaba

en mis cabales en ese momento y no soy una caída del cielo y me las voy ingeniando, pero yo pienso en una mujer que está vulnerable, en una situación de desconocimiento y vos le tirás una cosa así... horrible fue. Horrible, horrible. Y no te olvides que le tenés que dar de comer cada 3 horas porque sino te lo van a ingresar a la neo... Así que cuando llegué a casa me acuerdo que me ponía el despertador, D fue un bebé que durmió siempre, yo no me puedo quejar... no sé lo que es no dormir con la maternidad...pero me ponía el despertador cada 3 horas y yo me decía hay que darle de comer re nerviosa y el pibe dormía. Yo estaba como enloquecida que al pibe me lo iban a ingresar a la neo. Tenés formas de decirlo, no hace falta usar el dedito (Nadia, 41 años, cesárea en clínica privada por obra social en 2017)

### *Parto humanizado*

Luego de una primera experiencia crítica en la mayoría de las experiencias registradas se buscó la alternativa humanizada de atención del parto, tanto en un marco institucional (Mecha, Lucrecia, Sofi) como en domicilio (Claudia, Lucrecia, Pepa, Mariana). En uno de los casos hubo recurrencia en la medicalización, pero en la segunda oportunidad al estar más pendiente de los procedimientos se pudieron negociar algunas intervenciones (Barby). Tres de las experiencias domiciliarias fueron autoasistidas (Claudia, Lucrecia y Mariana). En estos casos el parto estaba planificado en domicilio, pero se desencadenó antes de la llegada de las parteras. Se trata de mujeres que pertenecen al campo de la salud reproductiva: Claudia (médica obstetra), Lucrecia (Puericultora) y Mariana (Doula) se autoasistieron y relatan la experiencia como un evento potente, pleno y tal muy breve comparado con las experiencias tortuosas anteriores.

Las prácticas de transformación del nacimiento demuestran que es posible recorrer otros caminos. En los relatos aparecen algunas invariantes más allá de las diferencias y singularidades. Una de estas invariantes es la de una primera experiencia penosa lleva a buscar caminos alternativos a la

medicalización. En esta exploración muchas de las entrevistadas se han convertido en expertas en gestación, parto y lactancia y además de vivenciar partos “humanizados” se convirtieron en activistas del parto respetado y profesionales del cuidado como doulas o puericultoras.

Las intervenciones protocolares de las instituciones que comienzan con el ingreso inciden en el trabajo de parto. No favorecen la dilatación y la producción de contracciones regulares y soportables. Por el contrario, contribuyen a la contracción espástica del útero (calambres), la producción de hormonas del estrés (adrenalina y cortisol) y la reducción de las hormonas del parto como la oxitocina entre otras. Cuando la dilatación se detiene eso indica que los niveles de oxitocina bajaron. Además, el dolor se relaciona con la acción espasmódica de las fibras musculares circulares del útero cuya función es impedir un aborto o parto prematuro. Estas fibras circulares se activan en situación de estrés a partir del estímulo del cortisol y la adrenalina. Naturalmente el miedo y el estrés detienen el parto y se activa la contracción espástica del útero quedando impedida la acción de las fibras longitudinales<sup>50</sup> que dependen de la oxitocina y son las que favorecen el parto (Rodríguez, 2010).

Entonces en lugar de ayudar al cuerpo a producir más oxitocina a

---

<sup>50</sup> “Así, explica Read, los haces longitudinales tienen la función de vaciar y los circulares de retener, y cuando los longitudinales empujan hacia fuera, los circulares deben de aflojarse y distenderse, lo mismo en el útero que en la vejiga urinaria. Continúa explicando Read que los haces longitudinales están inervados al sistema nervioso parasimpático (snps) mientras que los circulares al simpático (sns). Como es sabido, el snps, también llamado sistema vagal, es el que se activa en el estado de relajación, y el sns el que funciona en estado de stress y de alerta; de manera que por eso, concluye Read, el cérvix no ‘dilata’ cuando la mujer está en ese estado, con el sns activado (la fisiología de parto, establecida a lo largo de la evolución, prevé la detención de un proceso de parto si aparece un riesgo para la hembra; por eso el cérvix, como dice Leboyer, no afloja la garra si la mujer está en estado de stress); de manera que las fibras circulares, en lugar de funcionar acompañadamente en armonía con el movimiento de los longitudinales, ofrecen una resistencia que hace entrar a estos últimos en un movimiento espasmódico; unos espasmos que producen el dolor del calambre, pero que no se reconocen como tales sino como si fueran las contracciones normales del parto. Así es como Read llega a la conclusión de que el miedo, que mantiene activo el sistema simpático, impide la relajación y la distensión de los músculos circulares de la boca del útero, produciendo el movimiento espástico o espasmódico del útero, lo que considera una disfunción de la fisiología natural y normal del parto” (Rodríguez, 2010:14-15).

partir de bajar las luces, calmar el miedo, permitir el movimiento, realizar masajes placenteros, reír y alejar los miedos, desde los protocolos se hace todo lo contrario. La institución funciona como una máquina de impedir el funcionamiento del cuerpo, como un dispositivo de paralización e impotencia vital, como una estrategia de patologización de un cuerpo que no estaba deficitario antes de su ingreso a la clínica.

Comparar experiencias, una intervenida, traumática y otra fisiológica y no traumática nos permite comprender cómo se afecta la vida de las mujeres. Al recordar los sucesos, algunos ocurridos hace más de 20 años, se actualizan las emociones puestas en juego en esos momentos. Tanto las que estuvieron marcadas por el sufrimiento, como las que finalmente resultaron experiencias gozosas y plenas. Esta actualización indica la importancia de este momento vital como marca biográfica.

La experimentación de diversas formas de violencia obstétrica, que van desde la inducción con oxitócicos sintéticos para acelerar los tiempos hasta la muerte neonatal, ha incidido en la búsqueda de doulas para que acompañen una segunda gestación. Esta búsqueda tiene un carácter heterogéneo. A veces aparece como resultado de la exploración del ciberespacio, una charla sobre el tema o un contacto en un evento social o familiar. Así como está instalado el modo violento génico de parir, también circulan otros saberes que remiten a otras prácticas.

#### *Experiencias Previas: desnaturalizar la medicalización*

Los momentos del ciclo que caracterizan al Parto Humanizado parten de las búsquedas de las mujeres. El parto humanizado no es ofrecido por el sistema de salud, sino que se produce desde las gestantes. Esta búsqueda puede estar orientada por las experiencias previas de partos medicalizados o por haber conocido otras modalidades de atención. Según la información proporcionada por las historias recogidas en las entrevistas, el ciclo del parto humanizado comienza con el cuestionamiento a la medicalización. Este cuestionamiento se produce por diferentes vías.

Experiencias personales previas medicalizadas, conocimiento de otros modelos culturales, información que circula por redes sociales (especialmente denuncias y testimonios). Así el contacto con otros modelos es el primer paso. Los saberes previos incluyen la experiencia personal como rasgo predominante.

Luego viene la búsqueda de profesionales que acompañen la gestación y el parto. En este punto también se evalúa el presupuesto disponible para ello, es decir cómo financiar dicha elección. Las obras sociales y prepagas no cubren acompañamientos de doulas, ni de médicos obstetras o parteras por fuera de sus listados de cartilla o nómina. Tampoco cubren partos planificados en domicilio. Entonces tenemos quienes encuentran profesionales que se encuadran dentro del parto humanizado dentro de sus coberturas médicas y pueden o no contratar una doula por fuera para acompañar la gestación o no. También tenemos quienes directamente eligen por fuera del sistema de cobertura y pagan a profesionales para que las asista en domicilio. En los casos que se entrevistaron para la presente tesis quienes optaron por el parto planificado en domicilio contrataron a parteras de manera privada y también a doulas.

“Para mí lo fundamental, el cambio de paradigma fue la presencia de la doula... A través de la doula me llegó el libro de Casilda (Pariremos con placer). Una de las primeras veces que nos juntamos empezamos a hablar y yo le dije que soy muy racional y necesito que primero me entre por la cabeza para que me pase al cuerpo. Y ella me trajo el libro ese y dos libros más sobre experiencias de partos. Ella muy respetuosa me trajo libros y las pelotas para hacer ejercicio y preparar el suelo pélvico y un libro para Anush para prepararla para la llegada del hermanito, Desde una humanidad... estuvo relindo. Cada vez que vení me traía un budincito, algo para comer y compartir. Y esa mañana fue de charla. Hablamos del parto de Anush, de mi relación con Facu, con mi mamá. Y esa charla abrió un canal que facilitó las cosas. Cuando uno habla ciertas cosas que tenés trabadas, se destraba el cuerpo (Sofi, 36 años, segundo parto luego de una cesárea en

2017, en clínica privada por obra social).

El trabajo de acompañamiento de las doulas es fundamental para llegar al momento del parto sin temores y con otra versión de lo que significa parir. Las doulas también pueden ser parteras, es decir licenciadas en obstetricia que luego de egresar de la universidad asumen la formación de doula. Su rol es principalmente de contención emocional y cuentan con conocimientos de técnicas corporales para aliviar las molestias del embarazo y luego para favorecer un trabajo de parto no medicalizado. Es un oficio que requiere mucha presencia física y no tiene horario cuando se desencadena el trabajo de parto. No es una especialidad que se estudie en el ámbito universitario. Las formaciones son de índole privada, como así también el ejercicio de esta profesión. Si bien el acompañamiento de una doula cambia significativamente la experiencia del embarazo y del parto, su legitimidad es muy cuestionada desde las posiciones hegemónicas. Para algunos detractores de esta tendencia las doulas son una especie de nuevas “brujas” o “neohippies” o simplemente un lujo que pueden darse las mujeres que cuentan con el dinero para pagar sus servicios. La realidad que surge del trabajo de campo no confirma este prejuicio ya que quienes cuentan con las coberturas más elitistas de medicina prepaga y por ende pertenecen a los sectores de mayores ingresos no conocen la existencia de las doulas, y en caso de conocerlas no quieren pagar más de lo que ya pagan por la medicina prepaga. Saber sobre las doulas y los beneficios de contar con su acompañamiento no es de fácil acceso. En algunos casos fue algo fortuito, como en el caso de Sofi, en otros conocían de su existencia desde antes de embarazarse (Barbara, Dalila) y en otros casos porque se transformaron en doulas luego de experiencias negativas (Pepa, May, Mariana).

“Tanto las doulas como las puericultoras son indispensables para que todas las mujeres puedan atravesar el parto. Ojalá todas las mujeres pudieran tener acceso a una doula y una puericultora. Con Facu siempre decimos: la plata mejor invertida fue la que le pagamos a Jime. De hecho, también me acuerdo que fue bastante parecido que lo que me cobraron en la obra social

por personalizar el parto. En ese momento, 2018, el precio era de 10 mil pesos todo el acompañamiento (unos 800 dólares). Es un montón de plata, pero yo no dudé en pagarlo. Yo sabía que era lo que quería. No me arrepiento de ninguna de las dos cosas, ni de la doula ni de personalizar el parto. La obstetra me explicó todo y me preguntó si quería llevarme la placenta” (Sofi, 36 años, segundo parto post cesárea en 2017, en clínica privada por obra social).

El sistema de salud, en cualquiera de sus versiones, permanece impermeable a la integración de esta especialidad que ayudaría a que hubiera partos más saludables y también aliviaría la precarización laboral que afecta a los profesionales de la salud de manera generalizada. En el capítulo siguiente se profundiza sobre este nuevo - viejo oficio, cuál es su contexto de surgimiento y cómo son las diversas formaciones que existen.

Las parteras que atienden en domicilio trabajan en duplas, lo cual les permite ir rotando según la duración del trabajo de parto (que en una primeriza puede ser superior a las 30 hs) y conforman equipo con doulas. En los partos planificados en domicilio atendidos por parteras independientes se establece un “Plan B” que implica la articulación con un centro de referencia de mayor complejidad por si surge alguna complicación que implique la necesidad de derivación. En el armado del “Plan B” se consideran los contactos institucionales de las parteras y la proximidad de los centros asistenciales. Todo esto es realizado de manera informal a partir de redes de servicios y profesionales amigables. Es un subsistema que funciona de manera poco visible pero eficaz.

En el acompañamiento del parto humanizado los controles del embarazo se realizan rigurosamente para evaluar cualquier eventualidad y son los mismos que se usan para el parto en su versión medicalizada. Para ello se utiliza la cobertura de salud con la que cuentan las mujeres. Únicamente en uno de los casos entrevistados los controles del embarazo fueron realizados en un hospital público porque carecía de obra social y de

prepaga.

Según las experiencias recogidas las mujeres que accedieron a un parto humanizado lo hicieron tanto en domicilio como en una institución sanitaria. Cuatro de ellas pagaron el servicio de parteras y planificaron el parto en domicilio desde el comienzo (Pepa, Barbara, Mariana y Dalila). Otras cuatro se atendieron con equipos profesionales en el marco de instituciones de salud y contando con la cobertura de sus obras sociales o sistemas de medicina prepaga (Lucrecia, Claudia, Mechi y Sofi). De este grupo dos tuvieron sus partos humanizados en clínicas y otras dos se auto asistieron en domicilio porque el parto se desencadenó muy rápidamente y no llegaron a salir de sus casas.

#### *Momentos del parto humanizado*

El parto humanizado también tiene sus momentos, pero no existe una estandarización del ritual, sino que cada situación tiene sus singularidades, lo cual hace del parto humanizado un emblema de diversidad.

Un rasgo distintivo es que el trabajo de parto se realizó siempre en el domicilio hasta la entrada en el período expulsivo. En los dos casos que el parto humanizado fue institucional la llegada a la institución se produjo justo en el momento del expulsivo para evitar interferencias e intervenciones. En los otros casos todo el ciclo fue en domicilio, ya sea porque así se planificó de entrada o porque no hubo tiempo para llegar a la clínica.

### *El trabajo de parto en domicilio*

FASES	Trabajo de parto en Domicilio	Sala de partos o Domicilio	Salida / alta
RITUAL	Aislamiento / interioridad: llegan las parteras y la doula	MARGEN Ingreso a la clínica o búsqueda de lugar para parir en el domicilio (Dormitorio o baño)	AGREGACIÓN Salida de la clínica / Salida del domicilio
PARTO	DILATACIÓN	EXPULSIVO	POSPARTO

El trabajo de parto acompañado por una doula o por una partera en el domicilio favorece la dilatación. Al contrario que en la institución sanitaria, las luces son suaves, hay intimidad, movilidad, se puede beber agua y comer algo liviano. Las doulas y las parteras cuentan con herramientas para alivio del dolor que van desde masajes, trabajo con pelota inflable, glóbulos homeopáticos, acupuntura, entre otras técnicas. No hay presión sobre los tiempos en que debe suceder la dilatación, ni sobre la duración del trabajo de parto. Se acompaña cada proceso desde la singularidad de cada uno entendiendo que los tiempos fisiológicos son variables. Según el caso se registró una variabilidad de tiempos de dilatación que fueron desde dos horas a 40 horas. Esta variación del tiempo pudo deberse a la condición de primeriza, que incluso afecta a quienes tuvieron un parto luego de una cesárea o después de 8 años de un primer parto muy traumático. Para quienes tuvieron sus partos con poca diferencia de años de los anteriores fue rapidísimo.

El trabajo de parto fuera de la institución favoreció la dilatación, la movilidad, el trabajo corporal, el descanso y la alegría. En consecuencia, las molestias y los dolores fueron menos intensos.

“Todo era una alegría. Me reía como si estuviera borracha. Llegamos a casa y me puse a hacer todo lo que habíamos trabajado con la partera: resolver

situaciones incómodas buscando posiciones cómodas, almohadones, movimientos corporales, todo lo que había aprendido con ella. Y cuando venía el dolor yo hacía lo que había aprendido y el dolor se pasaba como si nada. Jorge anotaba el tiempo de las contracciones en la mesa sentado como en una oficina, sentado sin mirarme. Y la partera le dijo abrazála, sostenéla así, nos hizo danzar juntos, encontrarnos (se emociona) porque J. estaba desconectado. Él no podía estar ahí escribiendo, mirando para otro lado. La importancia de que alguien nos invite a conocer esto. Yo, si no fuera por mis hermanas, que me invitaron a conocer esta posibilidad, hubiera ido por el mismo camino o no hubiera tenido otro hijo” (Mechi, 47 años, segundo parto en 2006, en clínica privada por obra social con equipo de parto humanizado).

En las entrevistas se pondera positivamente el poder realizar todo el trabajo de parto en un sitio tranquilo, que puede ser el domicilio o cualquier sitio confortable que se adecúe para que este proceso se desarrolle sin interferencias. Es una experiencia que se recuerda como de “animalidad”.

“... si la animalidad está en el cuerpo humano es eso... es una sensación de ... es lo más cercano a vivir la propia experiencia de la animalidad... yo me sentía un animalito... y con la tranquilidad de J. (la doula) todo el tiempo diciéndome: todavía falta... sin hacerme un tacto ni nada... Después ella tenía una técnica de ajustarme las caderas... me apretaba las caderas cuando me venían las contracciones y eso me ayudó un montón. Nada fue, fue fundamental. Me daba globulitos de árnica... en un momento la mandé a la mierda pobre... y en un momento empecé a entrar en esta animalidad de la que te hablaba... empecé a enfurecerme. A ponerme y sacarme la ropa. Me daba frío, me daba calor. Me abrigaba. Me desabrigaba. Caminaba alrededor de la mesa. Así. Como un león enjaulado. Y bueno, ahí me dijo media horita más. Y a las 4 de la mañana perdí el tapón y ahí se aceleró todo. Ahí fueron 24 hs exacto desde la primera contracción. Me acuerdo que me decía respirá. Dale aire a Simón. Estábamos acá en mi casa, con las luces bajas. Yo me metía a la ducha cuando necesitaba calmar un poco el dolor. Me

ponía la ducha en la espalda o estaba con la pelota. Me tiraba en la hamaca. Estaba con Facu. No escuché música porque en ese momento necesitaba silencio. En ese momento necesitaba estar en silencio con Momo, mi gato que me acompañó todo el TP. Yo había leído que los gatos son re-parteros” (Sofi, 36 años, segundo parto post cesárea en 2017, en clínica privada por obra social).

### *Parto humanizado institucional*

Una vez llegado el momento en que se entra al período expulsivo se concurre a la institución sanitaria sólo para el desencadenamiento del parto o se continúa en el domicilio. El conocimiento experto de doulas y parteras sobre la fisiología del parto y sus tiempos permite detectar cuándo es el momento preciso para salir rumbo a la clínica. Es un viaje que se vive sin temores, incluso con alegría. En los partos humanizados institucionales el trabajo de parto continúa durante el traslado.

“Estuvimos en esa danza hasta que tuve casi 9 de dilatación. La partera nos decía que a esta casa le falta un nacimiento. Pero yo todavía no estaba preparada. No podía soltar el miedo que me quedó del parto anterior... Y en un momento me dijo bueno vamos para la clínica, agarrá todo, pero no te pongas la bombacha. Nosotros teníamos un twingo y nosotras fuimos en la parte de atrás y yo iba agarrada del asiento de rodillas con mi vestidito y sin bombacha. Nunca me divertí tanto porque la verdad fue como una fiesta llegar a la clínica así, en ese estado festivo” (Mechi, 47 años, segundo parto en 2006, en clínica privada por obra social con equipo de parto humanizado).

La diferencia con el trabajo de parto que caracteriza al parto medicalizado es un punto clave en la comparación de ambos modelos. Si en uno el carácter es el riesgo y el temor, las intervenciones invasivas y la inmovilidad en el otro los rasgos son el movimiento, la danza, la alegría y el encuentro con una potencia corporal inédita. El parto humanizado recupera el carácter sexual del nacimiento dentro de una significación festiva y vital.

La llegada a la clínica también debe ser acompañada porque ni bien se pasa el umbral de la institución aparecen las miradas cuestionadoras, los prejuicios y las interferencias nocivas. El momento del ingreso y la atención no intervencionista del parto se configuran como situaciones que generan desconfianza en los equipos de las clínicas. Los momentos claves en que se manifiesta esta desconfianza y la institución se presenta disputando el territorio del parto son el ingreso y el posparto. En la situación de “margen” que proporciona la sala de partos no se da la interferencia de la institución. El equipo de parto humanizado que acompañó estos dos partos pudo preservar a las gestantes de las intromisiones intervencionistas.

“Y cuando llegamos a la clínica en la puerta estaba el obstetra que me dio la mano y justo me dan ganas de pujar, tengo una contracción y el me agarró la mano y me dice: “pujá, acá estamos”. Entramos a la clínica y pasó un médico y dijo: Ay lo va a tener acá (por el pasillo) ¡Qué desastre! Yo sentí que me ninguneó. Y de ahí llegamos a la sala de partos y la partera me decía que me quedara tranquila que ellos solucionaban todo. Y no había nadie del personal de enfermería porque cómo era el día de la mujer se había ido a festejar. Y yo me agarraba de las paredes para sostenerme cuando venían las contracciones. Así hasta que vino una enfermera y abrió la sala de partos. Ahí fueron llegando las enfermeras mientras la partera y el obstetra completaban los papeles que hay que completar. Las enfermeras de la clínica me pusieron esas botitas de quirófano y me empecé a resbalar, me patinaba, se me abrían las piernas. Y decían que me acueste porque no podía manchar el piso. Entonces, entró S. la partera, y me dijo: “¿ves toda esta gente que está acá. ?, bueno, esta gente no existe”. Y me sacó las botitas y me pude mover con libertad. “Vos movete, me decía Sandra, que tu cuerpo sabe lo que hace”. “Hacé lo que vos tengas ganas, seguí moviéndote”.

Sin anestesia ni episiotomía, quienes asisten el parto humanizado saben cómo contener las situaciones y que técnicas emplear para que no hay desgarros. El cuerpo parece funcionar como algo autónomo cuando la fisiología normal no es interferida con procedimientos innecesarios.

“Cuando llegué a F (la clínica) ... rompí bolsa y ahí me pasaron a sala de partos y yo había pagado para personalizar el parto (todas esas lógicas institucionales y capitalistas de la atención del parto). Y llegó mi obstetra y le pedí -dame anestesia ya. “Para qué la anestesia si estás con 10 de dilatación, vamos a sala de partos ya” Bueno le dije... ya está. Así que me llevaron a sala de partos, mientras Facu terminaba de hacer los papeles y la obstetra me decía “esperá no pujes que no llega el papá” ... La partera no llegó. Y después llegó Facu. Me dijo pujá y yo lo único que quería era pujar. Era el placer máximo. Necesito expulsarlo. -Pujá, pero despacito para que no te desgarras. No te voy a hacer episiotomía. Y fue re contra fácil. El momento de expulsarlo fue lo que necesitaba hacer en ese momento. Fue un alivio. Es increíble lo que hace el cuerpo. Te pide lo que necesita... La que hizo de partera fue la doula. Yo con mi personalidad si no estaba la doula no hubiera sabido qué hacer. Y eso que mi mamá tuvo 7 hijos todos por parto normal y no me pudo transmitir eso” (Sofi, 36 años, segundo parto en 2017 luego de cesárea en 2014)

Otras entrevistadas pudieron acceder desde un primer momento al parto humanizado a través de sus conocimientos previos. Esto orientó desde el primer momento la búsqueda de profesionales específicos. El parto humanizado tiene un carácter de excepcionalidad y el acceso al mismo implica tanto un compromiso activo por parte de las gestantes como el hecho de tener que cubrir sus costos de manera particular dado que la cobertura de obras sociales y medicinas prepagas no contemplan este tipo de atención, no obstante, las leyes vigentes y toda la evidencia científica disponible.

El parto humanizado es recordado como un evento pleno, no sin temores (al dolor o a que se repita la experiencia anterior), pero en el que estos temores conviven con la risa, la emoción y la danza de todo el cuerpo.

“En un momento yo sentí una contracción muy fuerte y pensé: “para qué me metí en esto de vuelta”. Ahí T (el médico) me dijo que me siente, en la

camilla, pero sentada, y mi hermana me había dicho que en un momento iba a sentir una o dos contracciones dolorosas, y el médico me había dicho si vos necesitas la anestesia también está. Pero nunca me acordé de la anestesia. Yo estaba con una danza que me movía de un lado para el otro, como una mujer primitiva. Era como una danza con la vida. Es difícil ponerlo en palabras. Y en un momento T (el médico) me dice pujá despacito que ya está. -Muy despacito que no pasa nada. Basculá la pelvis -me dijo y me dio risa. Les respondí bascula la báscula... y nos reímos todos. Mientras me hacían masajitos. Pujá tranquila. Y cerré los ojos. Yo no quiero ver, pensé, quiero sentir. Yo cuando empecé (en la primera consulta) le dije que no quería sentir y ahora no quería ver. Sólo quería sentir. Porque una de mis hermanas me dijo que iba a sentir un fuego muy fuerte y ahí ya nacía. Y empecé a sentir el fuego. Un fuego tremendo. ¡Y yo gritaba fuego, fuego! Y todos se mataban de risa porque iban a entrar los bomberos... Y me decían pujá despacio que te vas a abrir la herida de la episio, y yo no, no, quiero que salga (tenía miedo a que quedara encajada como en el parto anterior). Pujé como un animal y Cata salió disparada. La placenta creo que fue a la pared de enfrente (risas)... Bueno cuando nació, quedó con el cordón y ahí reptó hasta el pecho y ahí me dijeron dale. Y yo dije: “¿qué le dé de mamar ahora?” y se prendió de una con una fuerza y una vitalidad increíble” (Mechi, 47 años, segundo parto en 2006 con equipo de parto humanizado por obra social e n clínica privada)

El segundo momento en el que la institución intenta tomar control de un parto que se escapó al protocolo se produce luego del nacimiento. Esta interferencia institucional luego de un parto humanizado se refleja en la revisión de los recién nacidos. La institución necesita aplicar algo del protocolo ritual ingresando a los bebés en neonatología para controlar, aunque sea una parte del procedimiento. Esta precaución es vivida por las gestantes como un castigo institucional por haberse rebelado al tratamiento instituido.

“Bueno un rato después cuando dejó de latir el cordón... un rato bastante

largo. Y cuando entraron los de neo para llevársela, el médico les dijo: “No esta bebé no va a neo”. Y le dijo a J (pareja), vení a ver qué hacen con los bebés... Porque la institución tiene controles que hacer. Por ejemplo, había una médica que me decía que me acostara (cuando llegué) porque si no la comprometía a ella. Y con el bebé lo mismo. Cuando nacen la institución tiene que revisarlo y verificar. Y el hospital tiene un protocolo que ellos tienen que cumplir a rajatabla. Por ejemplo, para salir de la sala de partos tenía que salir en camilla y acostada. Pero yo estaba de pie y caminando y no hubo caso. Había que cumplir el protocolo... Y J (pareja) pasó a ver qué hacían con los recién nacidos y trataban como si fueran bolsas. Los fregaban, los limpiaban, les ponían sondas en el cuerpo y todos los bebés a los gritos. Y nosotros la tuvimos todo el tiempo con nosotros. La limpiamos después de un rato con un poquito de agua tibia. Nada invasivo. Y en la habitación cada vez que entraban las enfermeras se decían entre ellas: “estos son los naturistas”. Y nosotros no éramos naturistas. Éramos alguien que había buscado un parto respetado. Nos insistieron con la vacuna, que no podía salir sin las vacunas... Y ahí el neonatólogo que habíamos llevado que era parte del equipo se hizo cargo y firmó que no iba a estar vacunada” (Mechi, 47 años, segundo parto en 2008).

Para los profesionales que acompañan el nacimiento desde la perspectiva humanizada implica una doble tarea. Por un lado, la atención del parto y por otro la superación de obstáculos institucionales, aplicación de reglamentos internos, normas, trámites burocráticos y la desconfianza de los equipos que trabajan desde la perspectiva medicalizada. Estas trabas inciden tanto en las mujeres como en los equipos de parto humanizado ocasionando una retirada de las instituciones porque se presentan como sitios hostiles al parto humanizado.

#### *El postparto - vuelta a casa*

El egreso del centro asistencial luego de un parto fisiológico humanizado es otra de las diferencias con el parto medicalizado y con la

cesárea. La recuperación del cuerpo es casi inmediata ya que no hubo intervenciones hormonales, ni quirúrgicas.

“Y la verdad que la experiencia después fue increíble. Porque inclusive con la herida de la episio vieja, la recuperación de mi cuerpo fue enseguida. Y yo me sentía feliz...Una sensación de placer indescriptible. Como cuando el mar te mece. Una sensación de paz, de armonía y de estar en eje... Me sentía que yo fui parte de un equipo. No era una cosa vertical Era como si fuera una ronda en dónde en forma conjunta íbamos tomando esas decisiones. Y todos bailábamos esa danza. Y todos me tocaban el cuerpo, me acariciaban. De hecho, me hablaban, bajaban la luz. Fue una experiencia totalmente distinta. Hicieron que me pudiera conectar con mi cuerpo. Con el segundo embarazo yo sentí que una mujer embarazada es una situación distinta. Para mí lo único que me cambió la vida fue el nacimiento de mis hijos. Yo volví a nacer con el nacimiento de mis hijos. Porque es como un cuerpo nuevo. Nacer a otra cosa” (Mechi, 47 años, segundo parto en 2006, con equipo humanizado en clínica privada por obra social).

“La vuelta a casa con Simón fue muy buena, muy positiva. Tener un parto vaginal contra una cesárea es abismal la recuperación en todo sentido. Es otro proceso el que pasa tu cuerpo... Fue super bueno el posparto, la bajada de la leche, la lactancia...” (Sofi, 36 años, segundo parto en clínica por obra social en 2017)

“La vuelta a casa fue hermosa, pero a los 5 días tuve una infección puerperal y ahí no estuvo tan bueno porque no me dejaban estar con Vicente (el bebé) pero por suerte duró poco porque me dieron un antibiótico y pude volver enseguida. La recuperación corporal sin episiotomía, ni oxitocina, es increíble, Nada que ver con el nacimiento de Valen que fue terrible” (Lucrecia, 50 años segundo parto en 2004 en clínica privada por obra social).

#### *Parto humanizado en domicilio*

En el trabajo de campo se contactaron dos tipos de experiencias de

parto domiciliario: las autoasistidas porque no llegó el equipo y los asistidos profesionalmente. Dentro del primer grupo se trata de segundas o terceras gestas y de mujeres con conocimientos sobre parto: Una médica obstetra, una puericultora y una doula (Claudia, Lucrecia y Mariana). Las otras tres experiencias de parto planificado en domicilio fueron atendidas por parteras (Pepa, Barbara y Dalila). En todos los casos la atención del parto fue particular, es decir sin cobertura de obra social, ni de medicina prepaga. La elección del parto domiciliario tuvo diferentes motivaciones: partos medicalizados previos, el ingreso a la formación de doula y el contacto con otros modelos de atención, ya sea dentro de la misma medicina (Claudia) como fuera de ella (Barbara).

En los casos de parto humanizado, la elección de obstetras y parteras fue direccionada hacia especialistas en esta modalidad luego de una búsqueda consciente que excedió la oferta de las obras sociales o prepagas.

También encontramos primeras experiencias que se dan por fuera del contexto intervencionista medicalizado (Bárbara y Dalila). Estas experiencias obedecen a diferentes motivaciones, pero todas se fundamentan en la posibilidad de imaginar otras maneras de parir a partir de conocer otras prácticas que interpelan a la medicalización del nacimiento. El contacto con otras experiencias culturales implicó en el caso de Barbara, una socióloga que trabajó con pueblos originarios en Brasil la apertura hacia otra significación sobre el cuerpo y el parto.

“... fue la primera vez que escuché esto, que tuvo el bebé sola. Ella contaba que estaba embarazada y empezó el TP y pidió a su pareja, todo en la zona rural, que vaya a buscar a la partera. Y su pareja dijo no y se fue a dormir. Y ella buscó sábanas, agua caliente y todo para prepararse y esa noche ella parió sola. A la mañana siguiente el marido le preguntó si quería que busque a la partera y ella le dijo que no, que estaba todo bien. A mí eso me impresionó mucho porque yo no sabía que una mujer pudiese parir sola. Era la primera vez que lo escuchaba. Me sorprendió mucho, mucho.

- ¿Y vos cómo naciste? Yo nací de cesárea. Y mis primas, mi mamá

también. Yo tenía esa idea de que así era la manera de nacer. Pero ese día yo empecé a pensar ¿cómo es posible que una mujer tenga al bebé sola? Y cómo un montón de otras cortaron que empezaron a partear porque eran las hijas más jóvenes y la mamá empezó el TP y ayudaron a sus mamás en los partos. En ese momento fue justo el momento que empecé a pensar en quedar embarazada y fue la primera vez que escuché que una mujer podía tener a su bebé sola”. (Bárbara, 30 años, primer parto en 2020, planificado en domicilio).

El parto humanizado se configura como un acto de desobediencia y rebeldía, tanto de las mujeres como de los profesionales. Esta significación se acrecienta cuando se trata del parto humanizado en domicilio. Es objeto de críticas y desconfianza, tanto desde la opinión médica, como general. Estos cuestionamientos también se perciben en algunas investigaciones sociales sobre el tema. Las principales objeciones médicas refieren a los riesgos perinatales, mientras que las críticas sociológicas enfatizan el sesgo clasista, ya que no existe cobertura del parto domiciliario desde las obras sociales o medicina prepaga. Esther Vivas (2020) le da otra interpretación a este hecho y lo piensa como un efecto de la retirada del estado como garante de los derechos humanos y de la seguridad sanitaria de la población. Asumir el costo de un parto domiciliario de manera privada es entonces una consecuencia de los procesos de ajuste estructural que afectan a los estados neoliberales. La disyuntiva entonces es optar por maltrato con cobertura por humanización privatizada. No obstante, la vigencia de las leyes que protegen los derechos humanos de las mujeres en el momento del parto, se verifica la insistencia del modelo medicalizado y una retirada de los profesionales que trabajan desde la perspectiva humanizada. Actualmente el parto humanizado constituye una excepcionalidad en el ámbito de la salud pública de acceso universal.

En el marco de la presente investigación se pudo relevar la existencia de distintas estrategias de financiamiento personal o grupal para cubrir los honorarios profesionales (parteras y doulas). En todos los casos se

trató de mujeres de clase media que usaron ahorros, contaron con ayuda de amigos y familia para poder pagar el parto en domicilio. Cabe aclarar que quienes tuvieron parto humanizado en institución pagaron el servicio de doulas o tuvieron que abonar un arancel extra para “personalizar” el parto y garantizar que el obstetra elegido sea quien las atienda.

Respecto del ciclo en el parto domiciliario se diluyen los rituales que aparecen en el parto institucional. Por un lado, todo el ciclo se vive en el mismo lugar (trabajo de parto, parto y posparto). No se da la transición del trabajo de parto (período dilatante) hacia la clínica u hospital (expulsivo) ni tampoco el regreso a casa. Cada caso es una singularidad y los aspectos rituales se diversifican. Los aspectos que se repiten son los que se vinculan a la búsqueda de profesionales que acompañen, a las investigaciones sobre el tema (búsquedas en redes sociales, documentales, lecturas) y al contacto con experiencias gratificantes de partos de hermanas o amigas. La lectura del libro de Casilda Rodrigañez “Pariremos con placer” es un elemento que se presenta en las nuevas generaciones, es decir en aquellas mujeres que tuvieron sus partos entre 2015 y 2020 ya que se trata de una bibliografía que circula entre activistas del parto respetado y en las formaciones de doulas y parteras por fuera de la universidad.

La elección de los profesionales es un punto clave. Es una búsqueda de carácter sui generis. El contacto puede ser a través de experiencias previas de amigas o hermanas (Mechi, Dalila), o por su desarrollo profesional en el tema (Claudia, Lucrecia, Pepa, Mariana) o por las redes sociales (Barbara).

“Y después participé de una charla de parto respetado que encontré por Instagram... En esta charla hablaron del grupo de Facebook sobre parto respetado. Ingresé en el grupo y busqué primero una doula que supiera algo de portugués porque no sabía cómo iba a ser el parto. Y con ella fuimos pensando. Yo ahí ya estaba de 5 meses. Luego en julio me fui a Brasil y en agosto volví con el padre, porque él todavía no se había mudado para acá, y

con mis gatos. Y ahí él conoció la doula y ella me recomendó parteras que hacen el parto en casa. Una de Ramos Mejía y que también trabaja en la Maternidad Estela de Carlotto y otra que vive en Flores. Y nos quedamos con N, la de Flores” (Barbara, 30 años, primer parto en domicilio en 2019).

“Fui a la primera ecografía y dí con una de las charlas que venían haciendo las parteras A y C, que venían invitando parejas que ya habían gestado y parido con ellas a hacer sus relatos de parto en común con otras personas gestantes que querían saber cómo era parir y nacer en casa. Muy hermoso. Yo ya sabía de cómo era esto porque Nadia (una amiga) había parido en casa a su segunda hija. ¡Yo sabía de la experiencia de Nadia y además con Nadia y con el grupo Salud! hicimos un evento para recaudar plata para pagar el parto y de hecho conmigo hicimos lo mismo, organizamos un evento para juntar parte del dinero (de los honorarios de las parteras), para el parto de Tao y me pasó de qué a partir de ahí qué empecé a ir con ellas” (Dalila, primer parto domiciliario en 2019).

Respecto de la duración del parto hay notables diferencias. Los casos de segundos o terceros partos son muy rápidos mientras que los de primerizas en domicilio son prolongados.

“A mí, el parto de Antonio me dejó una sola frustración: que fue muy corto. Nació muy rápido, pesaba 4 kilos y yo quería la parte de que ahora sufro y después... bueno rompí bolsa y en una hora y cuarto estaba afuera” (Lucrecia, 50 años, tercer parto domiciliario en 2006).

“La partera no llegó. Estuve con la doula y J P (pareja), que fue el que lo recibió. Yo parí de pie a los pies de mi cama... a Alvarito. Nació en dos pujos. Cuando nació yo estaba de espaldas y cuando Juan Pablo me lo da yo digo: ¿Qué onda? ¿Todo esto salió? Era un bebé re grande. Enorme. Hermoso. Todo rosado... Había una alegría. Estaba todo bien... La verdad es que soñado el parto. Álvaro pesó cuatro kilos 100. Era enorme... Nada que ver. Yo sentía lo que estaba pasando. Sentí cuando se giró. Sentí cuando coronó la cabeza. Sentí los hombros. Sentí todo. Y había un éxtasis en el

ambiente, No sé si hay manera de describirlo con palabras. Fue un sueño. Fue hermoso. Me quedé con la sensación de que podía con todo. ¡Con razón nos roban esto! Esa es la sensación. Y a la larga es como claro y sí. A mí ahora no hay nada que me digas que no puedo hacer. Yo parí después de cesárea un pibe de 4kg 100 en mi casa. Sin asistencia. Sin dolor. Sin angustia” (Mariana, 31 años, segundo parto domiciliario y autoasistido en 2018)

“Fue en casa y no vino C. (el médico) y no vino R. (la partera), porque ellos estaban en otro parto.... Yo no me esperaba que fuera tan rápido. Como tenía la experiencia del anterior, que fue largo, que primero rompí bolsa, que ... no me la esperaba. ¡Yo estaba como muy tranquila hasta que en una hora y media se desencadenaron contracciones como muy intensas y yo dije, bueno esto recién empieza y de repente ya estaba pariendo... me metí en la bañera para el dolor y eso me re calmó y dije ah bueno acá yo me quedo hasta mañana! ¡estoy re bien! Pero de repente se rompió la bolsa y yo sentí que bajaba, me toqué y sentí la cabeza de una. Entonces le dije a S. (marido) llámalos y deciles que vengan. Ahí R. (la partera) dejó el otro parto que se había estancado y yo sabía que R. venía y empecé a pujar. No empecé a pujar a propósito, me empezó a salir el pujo. Yo no lo podía controlar. Así que fue como que me puse medio en médica de mí misma porque fue una cosa así, estoy acá para esto y yo sé. Yo sé, así que le dije a S.: agarrá una toalla, ponete acá abajo, que no se caiga... como yo tenía miedo que se cayeran los bebés, le dije: tratá de que no se caiga... (risas) Yo estaba en la bañera pero me levanté... una pierna arriba de la bañera y agarrada así y S. abajo. Pujé y salió la cabeza y quedó ahí la cabeza y me dice: “Se quedó ahí la cabeza” ... ¡no la toqués, no hagas nada! le dije... pero te juro que fue como que estaba en la residencia... era una cosa loquísima! ¡Loquísima! Porque por un lado estaba pariendo y por otro lado estaba como dirigiendo el parto... sentí que me podía atender a mí misma. Me dio esa seguridad. Tener la residencia me dio esa seguridad y ya había tenido otro y me dije: ya está es esto. Después bajó y era enorme. ¡Yo dije es una lechonita! (risas) porque aparte era redondita, rosada... no podía creerlo. Pesó como 4 kilos”

(Claudia, 50 años, segundo parto en domicilio en 2001).

“Eran las ocho de la noche menos cuarto... Y ahí empezaron (las contracciones) pero eran cada tanto. Yo saqué algunas fotos y quería hacer un video con una remera que tenía la cara de Dalí y saqué las últimas fotos de la panza y fuimos a dormir algo. Yo dormí un poco. Me despertaba, dormía y volvía a despertar. Y más temprano por la mañana se empezaron a venir más frecuentes y me fui a la bañera. Eran como casi las 7 de la mañana que empezaron más frecuentes. Ahí les dejé mensaje a las parteras y a la doula. Yo creo que me quedé casi todo el trabajo de parto en la bañera. A K. (pareja) lo hice trabajar. Me traía jugos a la bañera, le pedía música. Él iba y venía. En un momento le dije: “puedes quedarte lejos de mí por favor”. Porque me daba la impresión de que cuando él estaba cerca de mí me dolía más la contracción. Y a las 13 hs llegó la doula y yo me acuerdo que ya en pleno trabajo de parto me dolía mucho y quería una epidural. Pero ¿cómo voy a conseguir una epidural? ... Eso fue todo lo que pensaba mientras tanto. Yo ya había tomado jugo de naranja y había vomitado. Lo único que comí fue helado durante todo el parto. Cuando llega la doula me hizo masajes geniales. Y cuando llegó, tenemos dos gatos, y Viola, la gata maullaba mirando a la doula como queriendo explicar que pasaba algo raro. Parecía decir, “mirá pasa algo, ayúdala a la pobre”. Y todo el tiempo los gatos estaban por ahí rondando. Oliendo todo y yendo a la habitación a ver qué pasaba. Y ahí cuando eran las 15 llegaron las parteras. Y a las 15.30 me dieron ganas de pujar. “Hacé lo que quieras vos” me dijo Mariana. “¿Querés quedarte en la bañadera o ir a la habitación?” -Quiero ir a la habitación. En la habitación estaban las dos parteras y les dije que quería saber cuánto tenía de dilatación, pero me daba miedo... Y cuando ella miró y me dijo “dame tu mano, ves que está ahí es la bolsa que está intacta y si vos pujás un poquito más ya está la cabeza de Celeste ahí saliendo. Y en ese momento cómo que se espaciaron las contracciones. Pedí que me abrazaran. Me cambiaba de posición. Y cada tanto tenía una contracción. Y así hasta que logramos conseguir una posición buena. Cerca de la cama, con el respaldo, logramos conseguir. Y después de unos cuantos “pujones” ella

salió. -¿Con la bolsa intacta salió?- No, al final, como faltando 10 minutos, rompió la bolsa y luego después de dos pujones salió, pero salió con 4 vueltas de cordón. Que ella ni se movía porque estaba como atada. No podía moverse. La partera, la empezó a desenredar y empezó a mover. Y me fui a la cama. Ella no lloró. Y fuimos a la cama y ella ya tomó la teta rapidísimo e hizo caca en mí enseguida. Era la semana 40. Ya no tenía el lanugo ese ni nada... No no hubo desgarro del perineo, sólo un pequeño rasguño por las uñitas de ella. Y después ella tomaba la teta y venían las contracciones, pero yo sentía que no iba a salir porque la posición no era cómoda. Así que me senté en la sillita de parto y ahí salió enseguida. Yo misma la agarré y la puse en el balde y paró de latir muy rápido. Nos quedamos con la placenta al lado, con la placenta y la bebé. Nosotras hicimos pastillas, una crema, tintura y un dibujo con la placenta” (Barbara, 30 años, primer parto domiciliario en 2020)

Luego de 12 horas de trabajo de parto, acompañada por la doula, dos parteras y su pareja, Pepa da a luz en su casa. Sin ninguna otra intervención que el acompañamiento y los monitoreos realizados con un equipo portátil que no requiere la inmovilidad de la persona.

“A las 8 de la mañana empezaron las contracciones. No tenía nada preparado. Era sábado. Sebas se ocupó de llevar a Ema con mi mamá y de comprar lo necesario: algodón, gasas, comida... A las 5 (de la tarde) llegaron todas juntas (las parteras y la doula). Yo estaba en el cuarto. Ya no podía más. Estaba arriba de la cama con la pelota desinflada para aliviarme un poco. M. (la partera) me monitorea. Todo bien los latidos. Sebas ofrece hacer unos mates. Estaban en silencio porque sabían de mi pesadilla anterior (la partera de la clínica que hablaba sin parar). Cada vez que venía una contracción instintivamente me iba para adelante. En una de las contracciones, Ana (la doula) me hace unos masajes para aliviar un poco, me hace unos masajes con una crema. Y me tiré de costado y Ana me da la mano y viene una contracción y sentí que me cagaba encima. Voy al baño y me doy cuenta de que no me había cagado, sino que estaba pujando. La

cabeza estaba ahí. Logro salir del baño y ya no me pude poner la bombacha. Doy dos pasos y quedo clavada en el medio del pasillo. Ya no pude dar un paso más. S. (marido) se pone atrás mío y recuerdo estar bailando con él al compás de la música y ahí viene otra contracción y rompo bolsa de una. Ya no había vuelta atrás. Marina le pide a Ana o a Belén que traigan el banco de parto y lo sienta a S. ahí y el muy impresionable no quería ver, le dijo S. sentáte y yo me senté arriba de S. y empecé a pujar sin que nadie me dijera nada porque era lo que mi cuerpo estaba pidiendo y salió con ganas porque tenía que salir. Yo siempre pensaba que sentiré al parir. Con Ema no lo sentí. También tenía miedo de que sea eterno. Con Ema me lo habían acelerado. Para la hora del expulsivo eran las 7 de la tarde”. Empecé a pujar y salió la cabeza. En un momento M. (partera) me dice, suave, viene con la manito. Cómo no podía ser de otra forma pensé. Suave para no desgarrarte. Me repetía suave, suave, suave. Ella me cuenta que el bebé tenía la necesidad de salir porque ya quieren respirar. Y ella me acompañó para que lo logre yo. Suave, suave, suave. Yo tenía como en el imaginario, ardor. No sentí eso. Nada del otro mundo. Nada que fuera insoportable. ¿Cuánto duró? Es mucho más el terror que le tenemos, lo que nos hicieron creer que lo que realmente es. Es incomparable lo que se siente al transitar las contracciones en casa que lo que pasé en la institución. Hay que llevar las contracciones, no digo que no, pero es incomparable. En la institución hubo hostigamiento. Después estar en tu cama, en tu casa, ir a tu baño. No tener que hacer nada más. El ver que está todo bien de verdad. Ni hablar de la placenta. En la institución... yo en su momento era ignorante como mujer... Nace Vito me siento a upa de S. con Vito encima. En ninguno de los dos lloré de emoción porque la alegría es tanta que no podía dejar de sonreír. Otra vez esa sonrisa total. Es felicidad total. Me fui a la cama. Necesito acostarme. Nos fuimos a la cama los tres y estuve acostada. A la hora y media M. me propone ver qué onda la placenta. Y me dice si pujas sale, así que hice un pujo y expulsé la placenta, Belén la recibió y nos mostró lo que era. Y pensar que la otra fue a la basura. ¡Qué locura! La guardamos porque Ana (la doula) nos hizo la medicina placentaria. Y luego de expulsarla cortamos el cordón. Una vez

que Vito se durmió me fui a bañar y me sentía genial (Pepa, 30 años, segundo parto en 2019).

El parto fisiológicamente respetado es una experiencia vital que parece haberse borrado de la memoria humana. En los relatos de parto humanizado se revela la sorpresa acerca de lo que un cuerpo es capaz, la alegría, el contacto con lo que está sucediendo, la contención ante los miedos y la diversidad de los tiempos.

“... yo me quedo con las dos parteras y mi doula y Cuty que filmaba. Cuando se van ellos le digo a las parteras: hablemos en serio. ¿Cuánto más podemos seguir así? Porque cada vez que me hacían el monitoreo de los latidos de Tao, Tao estaba perfecto. Pero ya habían pasado más de 24 horas y uno tiene el fantasma de que hay que parir en determinada X cantidad de tiempo como si fuera algo estándar y también pienso que para parir se necesita una confianza que es intransferible. Una confianza en el cuerpo que no está dada. Esa confianza no está dada en nosotras. Como que es al revés. Toda la cultura, toda la historia de nuestros cuerpos feminizados, es dudar de nosotras. Incluso en el embarazo. Todo el proceso del embarazo es visto como una enfermedad y que la madre encima... la supuesta transmisora de todos los peligros posibles... hay mucha desconfianza en nuestros saberes... en nuestros cuerpos... en nuestros movimientos... en nuestros deseos... en lo que queremos... en lo que decimos... Pienso que a mí me costó mucho confiar en lo que me estaba pasando” (Dalila, 38 años, primer parto en domicilio en 2019)

La no estandarización de los tiempos del parto implica que el acompañamiento del equipo profesional sea prolongado. Las parteras y las doulas que acompañan en domicilio saben a qué hora ingresan, pero no a qué hora terminan. Los tiempos fisiológicos y psicológicos del parto no pueden ser determinados a priori. Varían en cada caso y exigen que quienes acompañan estén disponibles permanentemente durante todo el evento. Las parteras y las doulas mientras acompañan el parto en domicilio cocinan,

comparten comidas y bebidas mientras van evaluando y monitoreando el progreso del parto. Se trata de equipos que combinan saberes científicos y recuperan saberes tradicionales sobre el parto y que además deben estar muy preparados para la contención emocional.

El posparto cuando no se realizan intervenciones innecesarias y cruentas se transita con bienestar físico y psíquico. Los diferentes puerperios. Según como haya sido el parto la experiencia del puerperio es diferente. La recuperación del cuerpo.

“Al otro día yo ya estaba barriendo. Nada que ver con el posparto de Ema con la “cheicon” hecha mierda. Me acuerdo lo que dolía dar la teta con la episiotomía. Un garrón. No podía ni caminar. En cambio, sin episiotomía la recuperación es inmediata. Parí, me fui a bañar, estaba lo más bien. Podía hacer pis. Terminé de parir y a los 10 minutos estaba comiendo. En el hospital fuera del horario de la cena no podés comer nada. Y literal al día siguiente yo estaba haciendo mi vida normal. Esto es chiste pensaba. Puedo tener 10 más así” (Pepa, 30 años, segundo parto en 2019).

## ANEXO I

### **Cuadro 1. ENTREVISTAS A MUJERES CON EXPERIENCIAS DE PARTO ENTRE LOS AÑOS 1997 Y 2020**

NOMBRE	SÍNTESIS ENTREVISTA
<p>Pepa, 26 años. Empleada Primer parto: 2016 Medicina Prepaga Segundo parto: 2019. PPD</p>	<p>Primer parto en Mater Dei atención por medicina privada. Trato despersonalizado, procedimientos invasivos e innecesarios (goteo, epidural, episiotomía, aplicación de Kristeller, ausencia de consentimiento informado, corte apresurado de cordón, separación bebé). Pepa confiaba en que el sistema privado de salud era la opción más segura y pensaba que quienes decidían por la atención fuera de las instituciones estaban “locas”. Curso de parto preparatorio para la obediencia y la pasividad. Ante las violencias experimentadas se decidió a hacer la formación de Doula. Segundo parto dos años más tarde domiciliario. Actualmente es activista por los derechos sexuales y reproductivos del colectivo LGBTQ+.</p>
<p>Sofía, 36 Trabajador a Social Primer parto: 2016 Obra Social Segundo parto: 2018 Obra social y Doula</p>	<p>Primer parto cesárea injustificada. Atención por obra social de trabajadores del estado. Curso de parto en un local de productos para bebés. No se respetaron los tiempos de dilatación y desde el ingreso en la institución se la manipuló con el fantasma del riesgo de muerte fetal sin causa alguna. Desinformación y abuso de poder. Experiencia que determina el cambio de modelo de atención. Para el segundo embarazo, hubo una búsqueda consciente sobre alternativas de atención dentro del mismo subsistema de obra social y logró un parto respetado en institución.</p>
<p>Bárbara, 30 años. Socióloga Primer parto: 2019 PPD con Parteras y Doula</p>	<p>Experiencia profesional con población indígena, campesina y quilombola la pone en contacto con la partería tradicional en la Amazonía. Experiencia que es decisiva en el momento de elegir el modo de atención del parto. “allí descubrí que las mujeres tenían los partos solas. En mi familia todos nacimos por cesárea” El embarazo coincide con su mudanza a Bs. As a partir de una beca para realizar estudios de posgrado cuando ya cursa el primer trimestre de embarazo. Desde el primer momento la elección es el parto en casa y atendido por parteras. Ni bien instalada en Bs. As se contacta con las parteras a través de una charla informativa sobre parto. Estudios prenatales en el hospital de Clínicas. Existió articulación institucional entre las parteras y profesionales del hospital Rivadavia para cubrir cualquier emergencia. La experiencia es hermosa, tranquila y prolongada sin intervenciones innecesarias. No hubo episiotomía, ni desgarros.</p>
<p>Mechi, 50 años. Docente. Primer</p>	<p>Primer parto a los 26 años: inducido, no respetado, violencia y riesgo. Sufrimiento fetal y fórceps. Se olvidan la vía con oxitocina toda la noche lo que ocasiona dolores terribles que ella como “buena paciente” tolera sin chistar suponiendo que es lo normal. “Querida sos una santa” le dice la enfermera al día</p>

<p>parto: 1997 Obra Social Segundo Parto 2006 en sanatorio de la obra social pero con equipo externo contratado por ella.</p>	<p>siguiente. Lesiones en periné, útero e intestinos. Doble episiotomía. “Me costó años recuperar el cuerpo”. Dificultades psicológicas y de fertilidad durante 7 años.</p> <p>Segundo parto 7 años después: la experiencia positiva de parto de sus hermanas influye en la búsqueda de otro modelo de atención. Parto respetado en clínica por obra social, pero con equipo contratado de manera particular. Tensiones institucionales por protocolos y situaciones de maltrato por parte de la clínica que tolere de mala gana la participación de un equipo externo. “Ves toda esta gente: no existe” le dice la partera para que pueda concentrarse en el proceso de parir y no registre las intervenciones burocráticas de la institución. Relato de un segundo parto hermoso, potente y pleno.</p> <p>Como impacta el tipo de atención en la salud de los recién nacidos: “Bueno cuando nació, quedó con el cordón y ahí reptó hasta el pecho y ahí me dijeron dale. Y yo dije: “¿qué le dé de mamar ahora?” y Cata se prendió de una con una fuerza y una vitalidad increíble. Con Fran eso no había pasado. Nació deprimido y hubo que estimularlo días. No se prendía y después hizo una gastritis. Tuvo reflujo los primeros 4 meses, un horror. Y yo casi hice una mastitis porque él no tomaba y yo producía de más por la cantidad de oxitocina que me habían pasado”.</p>
<p>Sandra, 57. Obstétrica 1997 Cesárea</p>	<p>Único parto por cesárea programada por su marido cirujano por miedo al parto. No existía indicación para dicha intervención. Su conocimiento y experiencia profesional no pudieron evitar la medicalización. Luego de dicha experiencia inicia su formación en parto humanizado. Es una referente de la lucha contra la V.O en la Argentina.</p>
<p>Barby, 30 años. Psicóloga Primer parto: 2016 Obra Social Segundo parto: 2018 Obra social</p>	<p>Búsqueda de equipo que no haga cesáreas. Primera partera autoritaria. Le cobra clases del curso por fuera de la cobertura. Mal trato y poca empatía. Curso de parto con énfasis en las intervenciones. El día del primer parto permanecer en su casa hasta avanzado el trabajo de parto le favoreció el proceso. Pero al llegar a la clínica no pudo evitar la sucesión de intervenciones ininterrumpidas: Varios tactos, rotura de membranas, aplicación de oxitocina, amenazas y anestesia. La epidural provocó daño en el nervio ciático que aún permanece. Tanta anestesia interfirió la lactancia.</p> <p>Parto altamente intervenido. Litotomía. Pies atados a los estribos. Inmovilidad. Más de 6 personas mirando el parto. Sin episiotomía. Secuelas de V.O. Depresión puerperal.</p> <p>El segundo embarazo no intencional. Dificultad para conectar con el embarazo. Bebé muy grande. Casi 4 kg. Muchas emociones cruzadas. Sin energía para encarar un parto en casa. Miedos.</p> <p>Segundo parto también altamente intervenido. Maniobras le provocan hemorragia. Médico demorado (fecha navideña)</p> <p>La dejan sola y comienza a sangrar. Sospecha de rotura uterina. Sin episiotomía. “No pude evitar las violencias. Tenés que estar al pie de guerra”</p> <p>“Nadie te menciona las leyes vigentes”. “Parir fue una lucha contra las trabas institucionales”. “Yo no hago nacer delfines, me dijo el obstetra”.</p>
<p>Nadia, 40. Docente Único parto: 2017. Cesárea Obra</p>	<p>Único parto. Tratamiento de fertilidad asistida. Violencias en los primeros tratamientos en hospital público (2010). Atención en serie. Incertidumbre y tratamientos sin consentimiento. Tactos. Maniobras. Revisiones inconsultas. Violencia gineco-obstétrica. La medicación hormonal carísima. Sin cobertura alguna de obra social. Cambios de ciclos sin consulta. Análisis de genéticos innecesarios y experimentación con embriones. Ausencia de C. Informado. Cuando sale la Ley de fertilización asistida cambian a la obra social. Atención en</p>

social	<p>clínica experta de fertilidad por obra social. Embarazo muy bueno. Atención del embarazo y parto por CEMIC. Se lo consideró embarazo de alto riesgo por edad de la gestante (35 años) – Luego Indicación cesárea por esto y por posición podálica. Fecha de cesárea a las 38 semanas. Se programó sin esperar a que se desencadene el parto “¿Por qué no van a esperar a que se produzca el parto?” Al ingresar a la clínica le hacen tacto y le rompen la bolsa. Mala maniobra. Se acelera todo. Muchos dolores. “No había necesidad de hacer ese tacto”. La posición quirúrgica: brazos atados en cruz, procedimientos innecesarios por protocolo. Todo más medicalizado que lo necesario. “Es todo por las dudas. Está naciendo un bebé. Yo no estoy enferma”. “A las dos horas una residente me toca la panza justo en la herida y me hace dolor. ¿Cuál es el sentido de esto? Metió mano porque sí. Era una residente. Lo hizo para practicar. Maltrato inesperado de la puericultora. La violencia puede aparecer por el lado menos esperado. Retos, amenazas y temores en este caso por el lado de la puericultora.</p>
<p>Lucrecia, 50. Docente Primer parto: 1997 obra social Segundo parto 2004: obra social Tercer parto: 2006 PPD</p>	<p>Primer parto en CEMIC. Embarazo bárbaro. Curso preparto también. Parto: máquina de hacer chorizos. Rasurado, enema, goteo, dilatación muy rápida con bebé alto. Indicación de anestesia “La vas a pedir a los gritos” dijo el obstetra. Sufrimiento fetal. Corte de cordón con la beba adentro de la panza. Bebé color azul morado. “Me hicieron doble episiotomía. Cuando ya estábamos en casa yo me acostaba a dormir con Valentina y escuchaba el ruido de la tijera cortándome. Es el día de hoy que no me puedo olvidar”. Segundo parto con equipo humanizado. Marido médico insiste en parto institucional. “Tenían que cubrir el instrumental metálico porque el sólo oír el ruido de tijeras me ponía loca”. Parto excelente. Respetado y acompañado. Con mucha contención. Parto sentada. El tercero fue vertical y domiciliario en el baño de su casa. Tuvo las 3 experiencias: el primero con alto grado de intervencionismo y violencia, el segundo humanizado en clínica y el tercero domiciliario. El tercero fue muy corto. “Yo quería la parte de ahora sufro y eso no ocurrió”.</p>
<p>Luján, 41 Bioquímica. Único parto en 2019. Prepaga premium</p>	<p>Realización de algunos tratamientos de estimulación ovárica ocasionan enfermedad de coagulación gestacional: trombofilia. “Nunca me informaron que los tratamientos hormonales para estimular la ovulación pueden ocasionar esto”. Primer dato. Luego de varios tratamientos de estimulación se produce el embarazo y muy bueno. Consideración de alto riesgo por trombofilia accede a tomar el médico que la ginecóloga le recomienda. Prepaga de elite. Poca empatía con el médico “pero no me importó porque yo confiaba en mi cuerpo y en que todo iba a salir bien”. Trabajo de parto en domicilio todo ok hasta la llegada a la clínica. Médico demorado porque era domingo y estaba fuera de la ciudad de Bs. As. Ingreso en una sala de preparto de 2 por 2. Inmovilización en camilla por falta de espacio y monitoreo. Protocolo de colocación de vías, goteo de oxitocina para aumentar dinámica, tactos cada una hora, luz excesiva, baño mínimo en el que casi no entra una embarazada de 9 meses. Poco lugar para ella y su acompañante (pareja). Calambres y dolor por oxitocina. No se administra anestesia ni analgesia alguna. Ante el aumento de dolores y calambres la pareja le ayuda con masajes. Pasan las horas y no hay noticias del médico. La partera, muy joven, comienza a inquietarse y luego de 6 horas deja de aparecer. Finalmente llega el médico luego de más de 8 horas de sufrimiento extremo decide una cesárea. El médico es muy poco empático. Está molesto y lo demuestra. Nace el bebé y se lo dan mientras realizan las suturas. El bebé llora y L le susurra una canción con los labios cerrados ya que por la anestesia no le dejan abrir la boca. El médico se burla de ella y le dice que eso que está haciendo no sirve para nada. Posteriormente registra como violencia todo lo que sucedió en su parto. Se</p>

	<p>deprime mucho. Comienza a investigar sobre el tema y no deja de hacerlo hasta el día de hoy. Siente que le robaron su parto, que hubo mucho maltrato de todo tipo y que estuvo ella y su hijo en riesgo.</p>
<p>Mariana, 28. Docente Primer parto: 2014 por obra social Segundo parto: 2019 PPD</p>	<p>Fue una de las entrevistas más emotivas que realicé y sin dudas la más prolongada. Casi tres horas duró. M tiene un primer embarazo de gemelos. El parto comienza bien y termina muy mal. El primer bebé nace perfectamente, pero le administran oxitocina y realizan la episiotomía por rutina. El nacimiento del segundo es altamente intervenido. Para apurar la salida del segundo gemelo la partera practica la maniobra de Kristeller de una manera tan abrupta y violenta que la cabeza del bebe queda mal colocada y comienza un grave sufrimiento fetal. Ante un desastre inminente la llevan a quirófano y la duermen por completo. Le practican cesárea de urgencia y el bebé nace con severos daños debido al golpe de la maniobra, la falta de oxígeno y todas las intervenciones innecesarias realizadas para acelerar el proceso. El médico y la partera desaparecen. Luego de varias idas y vueltas, internaciones de por medio, finalmente el segundo bebé fallece a los seis meses de vida. M se encuentra en pleno puerperio teniendo que cuidar a su hijo sano y en duelo por la muerte del gemelo. Una muerte que era evitable. En la clínica el jefe de neonatología le ayuda a armar el caso de denuncia por mala praxis.</p> <p>Luego de la experiencia traumática comienza a estudiar temas relacionados con el embarazo, el parto y la crianza. Se vuelve experta en crianza y porteo, doula y alquimista placentaria. Estas experiencias le permiten resignificar un trauma del que sabe no se recuperará jamás.</p> <p>Pasados 5 años decide tener otro hijo. Los saberes recorridos en ese tiempo y la relación con el mundo del nacimiento humanizado, del cual es una referente, le permiten transitar un parto domiciliario auto asistido porque el partero no llagó a tiempo debido a una demora en la Gral. Paz. El recuerdo de las violencias y el duelo por la pérdida del gemelo se actualizan en cada aniversario. EN esta entrevista se registra el daño irremediable que provoca la V.O.</p>
<p>Dalila, 38. Psicóloga Único parto: 2019 -PPD</p>	<p>Dali tiene a su primer y único hijo en su casa. La idea original era atenderse en la Maternidad Carlotto, pero fue rechazada por de anemia congénita, enfermedad genética benigna que no implica ningún riesgo pero que en los protocolos de dicha maternidad indican riesgo. Decidida a no ser violentada contrata a una doula y a dos parteras cuyos gastos solventará gracias a la ayuda comunitaria de familia, colegas y amigos/as que realizan varios eventos para recaudar los fondos necesarios para pagar los gastos.</p> <p>El parto sucede luego de un largo trabajo de parto, en parte porque es primeriza y en parte por otras cuestiones más de tipo afectivo. Para Dali fue un evento intenso y en el que hubo dolor. Un dolor que en su imaginación no pensó sería tan intenso. En la entrevista refiere a la subjetividad frente al dolor y en cómo también existe un imaginario del parto domiciliario romantizado. No obstante, la vivencia inesperada del dolor de parto el parto fue excelente, sin episiotomía, no otras maniobras de rutina. Actualmente D es doula y acompaña gestaciones y partos además de su tarea como psicóloga clínica. En su relato se destaca el hecho de que puede haber dolor en el proceso fisiológico, pero no violencias. D no necesitó de una experiencia traumática para decidir sobre su cuerpo en el parto como encontré en otros casos.</p>
<p>May, 30 años. Docente. Único parto:</p>	<p>M se atiende su embarazo y parto con un equipo que trabaja también en la Carlotto. Durante el embarazo todo marcha sobre ruedas. Cuando llega el momento del parto la sorprende la intensidad de los dolores y el desconocimiento sobre su propio cuerpo. La desconcierta no saber qué es lo que le está pasando. No tiene referencia alguna sobre el parto y eso le genera mucho temor. Con poca</p>

<p>2019. Obra social. Cesárea.</p>	<p>dilatación y mucho miedo y dolor llama a su obstetra y se interna en la clínica. Ni bien ingresa le administran oxitocina y el dolor aumenta exponencialmente. Pide anestesia y le dicen que no es el momento. Los dolores se le tornan insoportables y además comienza a sentir cosas extrañas como la vergüenza por no estar depilada. Pide una cesárea por miedo de lo que estaba experimentando. Luego de varios meses, motivada por las dudas que genera la crianza de su beba decide realizar una formación de doula. Allí toma contacto con lo que sintió en el parto y se deprime. Decide volver a quedar embarazada y pierde varios embarazos. Comienza tratamiento psicológico y actualmente acompaña preparación para el parto como doula de manera profesional. Se siente muy satisfecha por esta tarea que comparte con su actividad docente. Se volvió experta en partos y espera poder disfrutar de otro nacimiento ahora que sabe tanto sobre el proceso.</p>
<p>Claudia, 50. Médica Primer parto: 2000. Obra social Segundo: 2004 - auto asistido. En domicilio.</p>	<p>La entrevista de C es muy interesante. Su primer recuerdo de la clase de anatomía en la facultad es el de una pierna seccionada sobre la mesa de acero de la clase. El olor a formol y una pregunta obsesiva que aún la persigue: “¿de quién era esa pierna? ¿Nadie se da cuenta que eso perteneció a una persona?” Ese rito de iniciación médico la marcaría como estudiante y luego como profesional. Queda embarazada de su primer hijo mientras está cursando la residencia de obstetricia. Se atiende por obra social y supone que con todo lo que ella sabe no le va a pasar lo que finalmente le pasó. Siendo médica, casi obstetra, tuvo un primer parto altamente intervenido en el que hubo episiotomía, goteo, maniobras de rotura de membranas y Kristeller, comentarios irónicos y el infaltable “cállate y pujá”. La sensación de violación incidió en que decidiera formarse en el paradigma del parto respetado del cual es una referente. Su segundo parto fue domiciliario y auto asistido porque el obstetra y la partera que la atendían no llegaron a tiempo. Según lo relata en la entrevista fue una experiencia plena, sin dolor, rápida y sin intervenciones cruentas.</p>
<p>Violeta, 40 años. Psicóloga. Cesárea en 2014. Atención particular PPD en 2008.</p>	<p>V quería tener a su primera hija en su casa y el médico que la atendía le dio el ok. Cuando llegó el momento en medio del trabajo de parto le dijo que no iba a poder ser porque estaba demorando demasiado. Entonces se trasladaron a la clínica y allí sucedió todo lo que ella no quería. Oxitocina, rotura de membranas, dolor intenso y cesárea de urgencia. Luego verificó que fue víctima de V.O y se transformó en activista. En el movimiento por el parto respetado conoce a su segunda pareja y tiene a su segunda hija. Este parto es recordado como una experiencia gozosa y plena en la que tuvo autonomía, pudo experimentar su cuerpo sin temor y reconocer la enorme potencia que proporciona el poder parir libremente. Entendió allí porque es una situación que se les arrebató a las mujeres: “el nacimiento es un acto extremadamente sexual, es erótico, es vital, es increíble. Cuando nos impiden parir es porque consideran insoportable tanto poder”. Desde entonces vincula su activismo por el parto respetado con el activismo feminista. Nos dice: “al feminismo le cuesta aceptar a la maternidad y al parto porque siempre vio en estos temas la impronta patriarcal. Pero lo va aceptando porque puede haber una maternidad que no sea secuestrada por el patriarcado y un parto que sea parte del derecho a decidir sobre nuestros cuerpos”</p>

## ANEXO II

### Parir en pandemia

El contacto con relatos de partos ocurridos en pandemia permitió registrar el impacto de la pandemia sobre la atención del parto. Estos relatos refieren tanto el recrudescimiento de la medicalización y el intervencionismo innecesario con los consecuentes efectos iatrogénicos sobre mujeres y recién nacidos como la suspensión total de las garantías del marco legal vigente (Ley 29.529 de Parto Respetado y Ley 26.485 de Protección Integral de las violencias contra las mujeres). El carácter de excepcionalidad y terror que generó la pandemia provocada por el Sars-Cov2 y las medidas sanitarias de aislamiento reforzaron los aspectos tecnificados y deshumanizados de la atención obstétrica. Al mismo tiempo este estado de excepción permitió naturalizar y justificar el maltrato, las violencias.

El temor al contagio agudizó la despersonalización en las relaciones humanas y las medidas para acelerar el parto. Probablemente también haya incidido en que los procesos fisiológicos se ralentizaran o detuvieran influenciados por el contexto de pánico generalizado. Las intervenciones fueron desde la prohibición de estar con un acompañante hasta la realización de maniobras innecesarias que pusieron en peligro la vida de las mujeres y dejaron secuelas graves.

“Yo soy sobreviviente de violencia obstétrica. No me siento cómoda auto percibiendome como víctima... El año pasado, en la clínica de la XXX de Ensenada, en abril del 2020, en plena pandemia, cuando nació mi hija, yo recibí abandono de persona, violencia obstétrica y mala praxis. Lo que derivó en que los primeros siete meses de mi hija estuve postrada y no podía hacer lo básico. Ni caminar. Desde que me subieron a esa sillita de ruedas, yo perdí todo tipo de poder sobre mi cuerpo. No me permitieron entrar acompañada de mi marido, estuve sola, me crucificaron, me ataron las muñecas. Parí con barbijo. Me anestesiaron completamente porque pedía agua y exigía que cuando naciera mi hija me la dejaran tener sobre mi

pecho. Me dijeron que me quede “tranquilita” despectivamente y acto seguido me drogaron tanto que quedé inconsciente. Rafaella, mi hija, nació a la una y veintiuno del mediodía y yo recién la pude conocer a las 8 de la noche. No sé qué pasó con mi hija el tiempo que yo estuve inconsciente. A mi hija me la arrancaron de adentro. Me perdí del contacto piel a piel, del corte tardío del cordón y de ver nuestra placenta... Los recuerdos de esos primeros meses de vida de mi bebita tengo una laguna gris en la mente. Una laguna oscura, espantosa y una herida emocional profunda sintiéndome culpable. A raíz de todo esto descubrí que mi caso no fue un caso aislado, sino que la obstetra M.C ya tenía otros antecedentes por mala praxis. En esta investigación encuentro a otras dos mujeres que hoy ya no están. Ellas fueron víctimas mortales de su mala praxis” (Victoria, 26 años. Caso de mala praxis por cesárea innecesaria y sepsis posterior en 2020)

“Entonces hizo un trabajo de parto hermosísimo en su casa, fuimos a la clínica casa con dilatación completa... Bueno ahí empezó la masacre. La separaron del marido. Primera cosa que las instituciones tienen es mandarlo al marido a la admisión, a que hagan la internación. La mujer se queda sola. Se queda con los leones. Enseguida los leones te ponen la silla de ruedas. El primer depredador es sentarte. ¿Cómo una embarazada va a ir caminando? ... Le pusieron oxitocina. Bueno conclusión terminaron haciéndole un “vaccum” (fórceps de sopapa) peridural... No la culpo porque el sistema es para anesthesiarse. Al ponerle la peri le bajaron las contracciones. Lógico. Le ponen un suero. Entramos en la cadena de intervenciones. Pero se ve que estarían apurados porque la empezaron a hacer pujar en una camilla, no en un banquito de parto, no en el suelo, semiacostada, como el bebé no salía le hicieron un vaccum, le hicieron una episiotomía y no sólo eso: se le subieron arriba de la panza. Le hicieron un Kristeller ... ¡Le rompieron el cuello del útero! ... el desgarró de cuello de útero sangrás un montón. Sangra, sangra y sangra. Te digo que para romper un cuello de útero tenés que haber hecho... cagada... (Sandra, lic. en obstetricia, partera, mujer de 32 años asistida por ella antes y después del parto en agosto de 2021)

“Ahora (por la pandemia) todo el equipo de salud está rodeado con un halo de santidad, estoy hablando del G, no quiero generalizar, pero el nivel de cesáreas que tiene el G... hoy había 17 cesáreas. En el Güemes mejoró un poco el trato (personal) pero a la vez aumentaron las cesáreas, las separaciones de las mujeres de su familia es tremenda, no se pueden quedar los acompañantes. Tenemos a la puérpera con covid y a su bebé que está en seguimiento y los mandamos a un hotel porque no hay cama. Las cesáreas después de 48 horas las mandan a la casa” (Lucrecia, Puericultora de Sanatorio Privado).

Los relatos recogidos de nacimientos en pandemia revelan el incremento del intervencionismo y su imposición indiscutible aduciendo razones sanitarias. La pandemia habilitó la autorización para el exceso de intervenciones y violencias. Fue un momento de suspensión de los cuestionamientos a los modelos de atención autoritarias. Un período en el que recrudesció la violencia obstétrica bajo el argumento de “estamos salvando vidas” como si la violencia fuera indispensable para ello. Los devaluados derechos de las gestantes en este período quedaron definitivamente suspendidos. Bajo el pretexto de cuidar y salvar vidas se legitimó el ocasionar daño. Pareciera que las últimas personas en ser protegidas son las gestantes. La atención en pandemia se basó en el refuerzo y resurgimiento del protocolo más intervencionista, sin ninguna evaluación acerca de los daños que este produce en las mujeres y los recién nacidos.

La situación de la pandemia puso en evidencia la debilidad institucional del parto humanizado y la poca eficacia de las leyes vigentes que ante la emergencia se evaporaron por completo.

Actualmente, el parto humanizado, no obstante, la legislación vigente que fue apareciendo en los últimos 20 años, constituye una excepción. El nacimiento como evento respetado en el marco de los derechos humanos todavía navega en una red de prejuicios, temores y mandatos de raíces muy profundas.

## **CAPÍTULO V**

### **Doulas, médicas y parteras: recorridos personales y profesionales en el campo del parto humanizado. Subordinaciones, disciplinamientos y agencia.**

En este capítulo se analizan los resultados de las entrevistas realizadas a profesionales y acompañantes de la gestación, el parto y el puerperio. Se trata de expertas/os en el tema que acompañan desde la perspectiva humanizada y que mantienen una postura disidente y crítica respecto de la atención institucional medicalizada y tecnocrática. No se entrevistaron profesionales posicionados en la perspectiva hegemónica. En primer lugar, como ya se aclaró en el capítulo anterior, las restricciones impuestas por la pandemia impidieron el trabajo de campo en los centros asistenciales planteados en el proyecto de investigación que tuvo que ser reformulado. Pero, además, tanto desde las entrevistas realizadas, como desde los antecedentes relevados en el estado del arte, se puede constatar cómo funcionan los protocolos de atención institucional con un encuadre tecno-medicalizado. También se pudo relevar la incongruencia entre las normativas perinatales y recomendaciones propuestas por los organismos institucionales basadas en evidencia científica y la formación profesional, tanto académica como práctica que insiste con la patologización, el riesgo y manejo activo del parto con el exceso de intervencionismo que esto implica.

En las entrevistas a profesionales encontramos como singularidad la concurrencia de la historia personal en el cuestionamiento a la medicalización del parto. Así hay quienes a partir de las primeras experiencias de formación empiezan a problematizar lo aprendido, a ver las consecuencias del intervencionismo, a encontrarse con otras técnicas y a buscar alternativas. También hay quienes que por trayectoria familiar (ser hijos de parteras y obstetras con posiciones críticas a la medicalización) se fueron posicionando desde un marco conceptual y una praxis no hegemónica.

El grupo de acompañantes (doulas, puericultoras) presenta la particularidad de comenzar desde una perspectiva crítica a la medicalización. Su entrada al universo del acompañamiento está fuertemente vinculada a sus experiencias personales de embarazos, parto y puerperio.

En el caso de los/as profesionales de la salud entrevistados/as, se trata por un lado de personas con formación universitaria en las carreras de medicina, obstetricia y psicología y de personas que adquirieron su expertiz en puericultura, crianza y acompañamiento de la gestación, parto y puerperio en diversas instituciones y asociaciones. También está presente el registro de activistas del parto humanizado que se dedican a recoger datos a través del Observatorio de Violencia Obstétrica, a difundir las leyes y a problematizar el modelo de atención vigente.

La experiencia de formación en la especialidad de obstetricia, tanto para médicas/os como para licenciadas/o en obstetricia, se produce en el marco del sistema de formación en servicio que brindan las residencias de posgrado en el ámbito hospitalario de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires.

La formación de las doulas entrevistadas se realizó en diversas instituciones (todas no oficiales) y en el de la puericultora en la Tecnicatura de Puericultura y Crianza (Fundalam/UNSAM institución que ya no existe).

Actualmente existen una multiplicidad de instancias formativas en acompañamiento de gestaciones, incluso carreras de partería como Parteras Mayéutica, que recuperan y transmiten saberes y prácticas que no se divulgan en los centros de formación oficial.

Los hallazgos del trabajo de campo que se incluyen en este capítulo se organizan en 3 grandes ejes: Aprender lo hegemónico, Problematizar la crueldad y Recuperar el parto desde la perspectiva de salud y derechos humanos. Dentro de cada uno de estos ejes se encontraron subejos o

invariantes que se fueron reiterando a lo largo de las entrevistas. En el primer eje se analiza la incidencia de la formación y las prácticas profesionales en el aprendizaje del ritual medicalizado del nacimiento y cómo la instancia formativa conduce a la subordinación de las parteras y de las mujeres. En el segundo eje se despliegan los miedos, la naturalización de la crueldad, las consecuencias que deja la violencia obstétrica y la emergencia de modelos no intervencionistas que problematizan el parto medicalizado. Por último, en el tercer eje emergen las diferentes propuestas superadoras que articulan la salud reproductiva en el marco de los derechos humanos, las leyes vigentes y los proyectos de ley en debate.

#### *La formación médica y la especialización en obstetricia*

De los relatos recogidos en las entrevistas a profesionales de la salud surge como dato fundamental el pasaje por la instancia académica, la facultad propiamente dicha y la instancia de formación práctica la residencia. Tanto para quienes hacen la carrera de medicina, como la licenciatura en obstetricia, la entrada en la instancia de formación oficial (facultad de medicina) implica un contacto con la teoría anatómica centrada en la patología y el control con la impronta que desde los siglos XVI al XIX dió forma a la especialidad de obstetricia. Luego las prácticas profesionales se consolidan en los sistemas de residencia dónde los profesionales adquieren las destrezas de su especialidad. Para quienes estudian medicina, la iniciación en el campo médico arranca en la mesa de anatomía de la facultad. Entre vapores de formol y partes de cuerpos diseccionados, comienza una larga etapa formativa. Es en esa mesa de los anatomistas que viene estando presente desde el siglo XVI que se entra en contacto con los secretos arcanos de los cuerpos. O mejor dicho de fragmentos de cuerpos, de cuerpos inertes, sin vida. La entrada a la disciplina médica se produce a partir de la muerte.

“Lo primero que me topé en la carrera de medicina fue una pierna en una mesa de acero inoxidable. ¡Una pierna sola! No sabía bien a qué aula tenía

que ir y me metí en un aula... son aulas que están ... como conectadas entre sí y en la primera aula, gigante, al fondo había gente, pero primero había una mesa... con una pierna... toda esta parte... ¡una pierna entera! Eso fue lo primero. Yo no podía dejar de pensar ¿de quién era esa pierna? ¿A qué se dedicaba esa persona? ¿Cómo es que terminó esta pierna acá? ¿Cómo es que terminó acá? O sea... no podía dejar de pensar en historias... Me costó un montón anatomía. La tuve que recurrar. Alergia tenía. Me brotaba toda por el formol... me lloraban... era un padecimiento... recurrí ya te digo anatomía... era tremendo... pésima alumna. Pésima. Pésima alumna. Por lo menos al comienzo, pésima. Después me encarrile” (Claudia, médica obstetra. 53 años)

La iniciación anatómica tiene carácter ritual cuya finalidad es el entrenamiento en distanciamiento emocional y la divulgación de una concepción mecanicista del cuerpo humano. El entrenamiento en distancia emocional es una habilidad que resulta indispensable para el ejercicio profesional en tanto permite la frialdad indispensable para poder operar, cortar, suturar y realizar las maniobras necesarias para una curación, una cirugía o cualquier práctica de reparación. Pero también modela la subjetividad de los jóvenes aprendices y los inmuniza frente al dolor o a la posibilidad de empatizar con el sufrimiento. Esta etapa formativa es un primer paso en el adiestramiento para domesticar la sensibilidad y formar un carácter distanciado del sufrimiento y de la muerte.

Como nos enseña Byron Good (1996), el aprendizaje de la medicina es una experiencia emocional intensa, de “inmersión total”, semejante a un entrenamiento militar, cuyo ingreso está marcado por la experiencia anatómica de la manipulación de cadáveres. Este entrenamiento, que el propio Byron define como “extraño” tiene como objetivo cambiar las mentes de los estudiantes, lograr operacionalizar una distancia respecto del cuerpo y considerar a la biología como una externalidad a lo humano. El cuerpo es desplegado desde los mapas (dibujos y gráficos) hasta los territorios (el cadáver) ante los iniciados en este arte comparable al de un

geógrafo militar. La iniciación en esta disciplina comienza en el laboratorio de anatomía, definido por Good como ese espacio ritual dónde el cuerpo cadavérico es abierto para la explotación y el aprendizaje. La experiencia crítica de ingreso al campo del saber anatómico vía la apertura del cadáver implica necesariamente una disociación subjetiva. Dentro del laboratorio anatómico hay otras leyes, un orden moral diferente en la interacción con los cuerpos. Por fuera de este ambiente estas interacciones serían consideradas como algo criminal, incluso perverso. El desmembramiento y el estudio por capas de las partes anatómicas no sólo revelan la naturaleza oculta de los cuerpos, sino que construyen una nueva forma de mirarlos y entenderlos.

En el caso de la formación en la licenciatura de obstetricia, se capacita profesionales para la atención del parto fisiológico (no distócico) y un conjunto de especialidades tanto del campo de la salud sexual y reproductiva, como de la puericultura y crianza. Luego de atravesar un largo y exigente camino académico, que consta de 5 años de formación y más de 40 materias, se gradúan como expertas/os en atención fisiológica del nacimiento, seguimiento y control de la gestación, anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, controles preventivos ginecológicos (pap y colpo), asesoría en lactancia y puericultura. Todas estas prácticas para las que se capacitan durante 5 años en el marco de las facultades de medicina como carrera conexas (así se las denomina al menos en la UBA junto a Kinesiología, Nutrición, Radiología y Enfermería) además están respaldadas por la ley de ejercicio profesional 11.745 del año 1995, que retoma y amplía la legislación anterior. Es importante destacar que el texto de la ley en el Capítulo II (Condiciones para el ejercicio profesional) incluye en su artículo 5 la posibilidad del ejercicio autónomo de la profesión en todas las áreas mencionadas en el artículo 2 del Capítulo I - Ámbito de aplicación y desempeño de la actividad<sup>51</sup>- y también ratifica la

---

<sup>51</sup> “Se considerará ejercicio profesional a las actividades que las obstétricas realicen en la atención de la mujer embarazada, el control de trabajo de parto y asistencia al parto en condiciones normales, así como el control y atención del puerperio inmediato y mediano

autonomía profesional establecida en el artículo 3 de este primer capítulo<sup>52</sup>.

Sin embargo, cuando el alumnado comienza a realizar las prácticas profesionales, la teoría y el marco legal se chocan con una praxis muy distinta. Una realidad profesional marcada por la subordinación institucional, la patologización de todos los procesos fisiológicos y un estereotipo del rol de la partera como subordinada al equipo médico muy alejado de lo que se enseña en los claustros y lo que define la Ley de Incumbencias profesionales vigente.

Las primeras experiencias de parto en estudiantes de medicina y de obstetricia son instancias que marcan procedimientos, rutinas y modos de atender. Estas experiencias contradicen lo aprendido en materia teórica, al menos en el caso de la carrera de licenciatura en obstetricia. Fijan la idea de que el parto es un episodio crítico que debe resolverse con ayuda médica en todos los casos por los riesgos asociados a una falla fisiológica esencial. Esto homologa al nacimiento con prácticas de reparación quirúrgica como podría ser una cirugía de apéndice o vesícula, la extirpación de tumores o la amputación de un miembro enfermo. Los aprendizajes en las residencias o prácticas hospitalarias implican el desarrollo de una operación simbólica y práctica de estandarización de procedimientos en los que se cruzan teorías sobre el cuerpo, la fisiología y los modos de controlar lo patológico. En esta operatoria se definen los procesos sexuales y reproductivos como análogos a situaciones patológicas que deben ser reparadas, conducidas y controladas.

Para los estudiantes universitarios de medicina, que jamás presenciaron un parto, la escena del nacimiento que se establece en las prácticas hospitalarias implica la aceptación de esta situación como la mejor y única posible, como una normalidad universal, que además fue diseñada

---

normales. Es considerado asimismo ejercicio profesional la preparación psicofísica y profiláctica del embarazo y postparto, y la ejecución de tareas destinadas a la promoción, fomento y/o control de la lactancia materna”.

<sup>52</sup> ARTICULO 3º: (Texto según Ley 12.194) La obstétrica podrá ejercer su actividad asistencial, docente y/o de investigación, en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada y/o en instituciones oficiales, públicas y/o privadas, previa inscripción en la matrícula”.

para salvar vidas. Se instaura entonces un principio de verdad que luego es difícil de desarmar, ya que se forma una praxis desde prácticas que naturalizan el intervencionismo, la falla fisiológica como un hecho independiente de condicionantes ambientales y las complicaciones como algo propio de la fisiología del parto humano. Este cuerpo gestante, defectuoso por naturaleza, nos remite a la teoría aristotélica sobre la diferencia sexual. Según esta teoría la mujer es pura materia y dicha materialidad proliferaría de manera informe y teratogénica si no se la somete al control del “pneuma” masculino que aporta la forma, la organización y el orden necesarios para que la vida sea posible<sup>53</sup>

Sabemos por las investigaciones citadas en esta tesis y que los relatos recogidos en las entrevistas ratifican, que las intervenciones en cascada se producen como consecuencia de las múltiples interferencias que se realizan sobre los cuerpos en el marco medicalizado de atención del parto. El seguimiento del embarazo y en general los cursos de preparación para el parto se dirigen a consolidar estas ideas y en el momento del ingreso a la institución clínica una serie de actos preparatorios, rituales, determina el rol del cuerpo y las posibilidades de la fisiología con sus intervenciones: la silla de ruedas, la inmovilización, la distracción con papeleos diversos, la separación de los acompañantes, la luz intensa y todas las rutinas características. Sobre los miedos que ya implican una contracción muscular y aumento del dolor se suceden estas intervenciones que interfieren la relajación necesaria para que pueda producirse el evento fisiológico. Ni el miedo milenario, ni la patologización característica de la atención institucional son tenidos en cuenta como factores intervinientes que alteran e interfieren negativamente el trabajo de parto.

Finalmente, cuando este proceso fisiológico se lentifica o se interrumpe, comienza una sucesión frenética de intervenciones que ocasiona lesiones de variada intensidad, algunas de las cuales dejan secuelas físicas

---

<sup>53</sup> Heritier, Françoise (2007) *Masculino/Femenino II - Disolver la Jerarquía*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

de por vida.

“Si. Pero en el mismo momento que le hacen Kristeller, le hacen el Vaccum y hacen la episiotomía... Hete aquí que ella sangraría mucho porque el desgarro de cuello de útero sangrará un montón. Sangra, sangra y sangra. Te digo que para romper un cuello de útero tenés que haber hecho... cagada... Bueno, ella vino... al día del parto hablamos, le dí medicación homeopática para que... todos los días le fui llamando, pero al cuarto día ella me dice: “¡no doy más del dolor que tengo! ¡No puede ser que me duela tanto! Además, yo le ví tenía una flor de hemorroides y yo le dí un tratamiento homeopático para las hemorroides. En la institución, nada. Pero ¡nada! Te estoy diciendo el Hospital A... ¿me entendés? Lo que tenemos es una clásica que si querés esta ponela como frase es: “que la institución hace dónde no tiene que hacer y no hace dónde tiene que hacer”, en obstetricia te estoy hablando. En obstetricia hace dónde no tiene que hacer y no hace dónde tiene que hacer” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

Cabe aclarar que no todas las personas son susceptibles de esto, hay quienes como se relevó en las entrevistas que recogen experiencias de parto, no obstante, las interferencias pueden seguir con el proceso fisiológico, aunque no puedan evitar las intervenciones protocolares de la inducción hormonal y del corte del periné para acelerar el parto, que además provocan un aumento exponencial del dolor y lesionan los tejidos de la vulva.

“... el primer parto que me impactó fue ... el primero que ví en mi vida... que fue cuando estaba haciendo las guardias al final de la carrera en la facultad, cuando todavía era estudiante. Que fui a ver un parto y había una señora así ... con las patas abiertas... a los gritos... que en cada contracción gritaba... se supone que ya entré cuando ya estaba por salir... ¿no? porque si no no me dejaban entrar. Entré como en un costadito en la puerta para espiar cómo era un parto y bueno la señora pujaba y el bebé no salía y había una enfermera que dijo. “pará que me prendo un pucho y vas a ver que el desgraciado nace” y se prendió un pucho ahí en la sala de partos. Parece

muy loco ahora pero antes se fumaba en los hospitales. Los médicos atendían a las embarazadas y había un humo... el médico fumaba en el consultorio (Claudia, médica, 57 años)

### *Un adiestramiento en técnicas anti fisiológicas*

La entrada de los anatomistas en la escena del parto modificó el modo de parir al utilizar la posición horizontal para ver y manipular el cuerpo. Este cambio de posición implicó una transformación inédita del nacimiento en toda la historia de la humanidad. Tanto las pinturas rupestres y cerámicas que integran los registros arqueológicos de diversas culturas prehistóricas, como los grabados y dibujos de otras épocas, y también los relevamientos etnográficos, citados en los capítulos precedentes de esta tesis, nos informan de la variedad de posiciones utilizadas para el parto. En ningún caso aparece la posición decúbito que es característica de la mesa de disección de los anatomistas. Esta transformación de la posición para parir comienza a partir del siglo XVI y se va a establecer en los manuales de obstetricia como la norma a seguir en el siglo XVIII. La atención del parto litotómico es obra del obstetra francés Francois Mauriceau (fines del siglo XVII), que difunde en sus libros esta posición ya que facilita al médico el control visual del nacimiento y la maniobrabilidad de los cuerpos. Este hecho inaugura la posición horizontal, la inmovilidad y la creación de múltiples intervenciones para ayudar al proceso (cortes, instrumentos y maniobras) como el modo científico y legítimo de atención del parto. Las complicaciones que esta posición y la inmovilidad producen fueron consideradas como defectos anatómicos “naturales” atribuidos a la imperfección del sexo femenino y no el resultado de la intervención antifisiológica que implicó esta sujeción corporal. Al contrario de lo que el sentido común señala, en el caso del parto normal, la entrada de la ciencia médica introdujo nuevas dificultades, aumentó el sufrimiento y antes de la adopción de la asepsia también aumentó la mortalidad materna. Los fórceps, la episiotomía y la maniobra de Kristeller se inventaron como recursos para ayudar en el parto que se detenía por la inmovilidad y la imposición de

acciones anti fisiológicas. Este hecho tuvo dos consecuencias inmediatas: por un lado, confirmó la sospechada imperfección de la anatomía femenina y por otra parte legitimó la autoridad científica normalizadora y la presencia salvadora de los cirujanos en el parto, en desmedro de las comadronas y parteras.

Entonces, primero se complicó el parto y luego se inventaron las intervenciones para subsanar las complicaciones introducidas. La manipulación epistemológica consistió (y consiste dada la vigencia de esta modalidad) en presentar a estas invenciones como avances científicos indiscutibles sin los cuales la humanidad hubiera desaparecido, cuando en realidad se trata de los recursos paliativos para remediar el daño producido en la conquista médica del parto.

Además, la entrada de los médicos y la invención de la obstetricia como campo de la medicina, implicó la adopción de técnicas y posteriormente, de fármacos para normalizar la duración del parto en un tiempo estandarizado. Normalización concomitante con la cosmovisión mecanicista del mundo que se impone entre los siglos XVII y XVIII.

Esther Vivas subraya la patologización del nacimiento como un rasgo elemental de la medicina moderna y agrega que la medicalización del parto es un elemento clave en la disputa por el control de la fertilidad y de los cuerpos femeninos. “La medicina moderna siempre ha visto el parto como una patología... La medicalización del parto fue resultado de una pugna por el control del cuerpo femenino y la desconfianza de los hombres sobre nuestra capacidad de parir... El triunfo del parto tecnocrático significó la expropiación del cuerpo de las mujeres” y la institucionalización de una forma única de parir se basó en el convencimiento de que las mujeres eran incapaces de parir” (Vivas, 2020:149)

“Cuando me enseñaron a atender los partos fue en posición de litotomía. Y yo pensaba ¡No! ¡Esto no es así! Pero no podía decir nada. Porque me bochaban... Esa era la posición con que se estudiaba y con la que se

trabajaba en las prácticas hospitalarias. Pero después las prácticas las hice en la Maternidad que ...en ese momento se llamaba Jaramillo. Ahí tuve una guardia muy piola... estaba en el movimiento del parto vertical y humanizado ...Esto era año 1986. Yo ahí ... aprendí. Me encontré con gente muy humanizada. Cuando hice las prácticas allí, Ceci me dejaba atender el parto en cuclillas porque ella era una precursora de esto y estaba esperando a su primera hija que la tuvo en cuclillas con Tito, en un sanatorio” (Sandra, lic. en Obstetricia, 57 años)

Estas maniobras e intervenciones fueron diseñadas para ayudar al parto que se dificulta precisamente por la inmovilidad de los cuerpos, la obligatoriedad de la posición supina y las interferencias emocionales y físicas causadas por la medicalización y tecnificación del nacimiento. Y lo que se enseña en las facultades de medicina y luego se practica en las residencias es el tratamiento patologizante del parto.

Esta es una paradoja muy interesante para pensar y nos preguntamos ¿cómo es posible que, en el marco de avances científicos tan importantes, sobre todo en los últimos 50 años, la atención del parto se realice contra toda evidencia científica? ¿Cómo es posible que se siga enseñando el protocolo de atención que genera dificultades, traumatiza y puede ocasionar desde lesiones graves hasta la muerte perinatal?

Además, la formación en el sistema de residencias funciona como espacio de adiestramiento en subordinación a la autoridad superior en cuyo último eslabón se encuentran las pacientes. Esta “currícula oculta” se registra en los relatos de profesionales entrevistados. El objetivo principal de esta técnica pedagógica consiste en naturalizar el maltrato, las violencias y el autoritarismo. En última instancia está la autoridad del que mayor poder ocupa, lo cual no siempre y especialmente en el caso de la obstetricia, está representado por un saber que contribuya al mejor desenlace de un nacimiento, a la comprensión de los tiempos fisiológicos y a las buenas prácticas en el cuidado de la salud.

“Y ahí te recibís de médico o de médica y no sabés mucho... no sabés nada. Entonces viene otra instancia que es la de hacer la residencia, la especialización. Había guardias que eran horribles y otras guardias que eran un poco más buenas, pero era como lidiar con eso. Yo casi largo todo a la mierda... Fue horrible. Porque no es solamente el maltrato que yo veía a las mujeres sino el maltrato a mí como residente de primer año, porque el de cuarto maltrata al de tercero, el de tercero al de segundo... entrás como en primer año y te esmerilan mal...” (Claudia, médica, 57 años)

En las residencias el foco de los aprendizajes está puesto en las prácticas. En el caso del parto los aprendizajes más importantes son las intervenciones para controlar, dirigir y conducir el parto. En algunos casos la inquietud por la praxis intervencionista funciona como estímulo para buscar otras opciones.

“... tal vez por ser varón y por ser profesional y por todo lo que está mal en esta vida (risas)... pero soy optimista... y yo digo... ante todo estos tipos de violencia son difíciles y los cambios no son de un día para el otro, pero por lo menos está, empieza a estar en tema, empieza a estar en agenda. Y tanto su contracara, el PR, la V.O empieza como a cada vez a escucharse más... que estemos ahora hablando para notas, o para una tesis, que empiecen a haber documentales, yo creo que se trata de ganar una masa crítica” (Francisco, Lic. en Obstetricia, 38 años)

Marina es una licenciada en obstetricia que desde sus primeras prácticas hospitalarias se siente interpelada por las intervenciones por protocolo que se justifican como imprescindibles ya que si no se realizan el riesgo de que las cosas terminen mal es enorme.

“...había muchas cosas que no me cerraban... Más allá del trato denigrante, inhumano e infrahumano, cosas que eran contra natura de lo que se hacía. Entonces todo el tiempo me preguntaba, pero esto es raro, esto es raro... Que haya que romperles la bolsa a todas las mujeres porque si no, no paren. A todas hay que cortarles la vagina porque si no tampoco paren. ¿A todas

todas hay que ponerles drogas endovenosas porque si no? ... entonces vos decís: pero ¿y cómo era antes cuando no había quién te cortara, no había con qué coser? ¿Qué onda?... (Marina, obstétrica, 50 años)

La formación en las prácticas preprofesionales y el sistema de residencias hospitalarias está centrada en el aprendizaje de las intervenciones cortantes y los cuerpos inmovilizados. En esos años de formación se transmiten los pasos de un ritual sangriento pero aséptico y controlado y un tratamiento de los cuerpos gestantes como objetos inertes y en riesgo.

“Tuve varias crisis. Yo largo todo a la mierda... ¡tantas guardias para esto! Después cosas como esta: mundial de fútbol, mujeres en trabajo de parto y bueno dejálas solas y veníte a ver el partido con nosotros. No la verdad no me interesa nada el partido de fútbol, pero no podías decir nada de eso porque hay esa jerarquía milica y sintiendo como hasta vergüenza ajena. Yo quiero estar con esta mujer en este trabajo de parto que necesita estar acompañada y tengo que ir a ver un partido de fútbol que no me interesa un joraca y encima la persona... no es boluda... se fueron todos a la mierda y me dejaron acá sola... y ser cómplice de todo eso... como bastante desagradable. Entonces tuve varias crisis de dejar todo. Dije, bueno ya fue. La termino (a la carrera) y veo. Pero toda la cadena era que vos fueras experta en cócteles de drogas y cadenas de intervenciones y ser como buena manipuladora para contener a la mujer y tenerla “tranquilita” ... Que no grite y que se deje hacer... que se deje hacer de todo...” (Marina, lic. en obstetricia, 43 años)

La episiotomía, como señala Valeria Fornes (2009:5) es una de las prácticas obstétricas más polémicas. Su aplicación desde el siglo XVIII hasta el día de hoy ha pasado de ser utilizada en casos de extrema necesidad donde se requiere agrandar la apertura del periné para permitir el nacimiento del bebé a su implementación por protocolo y rutina obligada. Investigaciones médicas realizadas en los últimos 30 años demuestran que

argumentos utilizados para sostener esta práctica no están basados en evidencia científica y se siguen utilizando a pesar de sus recomendaciones y las de los que organismos internacionales como la OMS y la OPS realizan desde 1980. En parte esa insistencia se relaciona con la necesidad de aprendizaje de las nuevas camadas de residentes que aprenden con la repetición pero que también internalizan dicha práctica como rutina obligada, como paso imprescindible del ritual del nacimiento medicalizado.

“(…) la del obstetra es una profesión muy masculina. Es el que sabe, es el que decide, es el que corta, es el que dirige y conduce. Y si uno ve estas intervenciones que son las que más se ponen en tela de juicio de lo cotidiano innecesario, como la episiotomía y el estar acostadas, son todas intervenciones, que han diseñado los varones o sea están construidas por varones que miran los cuerpos de las mujeres desde una visión de lo patológico, desde una visión androcéntrica” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

La realización del corte del periné por rutina no sólo resulta arbitraria sino que implica riesgos asociados como infecciones y molestias postquirúrgicas ineludibles: dolor en la cicatrización y en las relaciones sexuales. Algunos autores, como Wagner (2002) la consideran como la “mutilación genital de Occidente”. Su uso indiscriminado, además de no tener aval científico y de introducir riesgos y molestias adicionales en la recuperación, resulta ser una agresión que es tipificable como violencia de género.

“Bueno, después... aprender a hacer episiotomías... Que en primero (primer año de la residencia) tenés que aprender a hacer episiotomías con alguien que no necesita episiotomía... ¿entendés? En su momento me pareció bien. Después llegó a mis manos la normativa perinatal. Propuesta normativa perinatal del ministerio de salud de la nación. Y ya ahí decía que no es necesario hacerla en todos los casos. Porque hasta ese momento yo creía que la episiotomía la necesitaban todas las mujeres en su primer parto. En mi

época se decía eso y después por muchos años se siguió diciendo a pesar que desde el año '93 esta normativa estaba y fue la primera propuesta normativa perinatal que se hizo desde el ministerio de salud de la nación y ya hablaba que la episiotomía rutinaria no debe hacerse porque ya antes en el año 1985 la OMS había publicado su famosa: el embarazo no es una enfermedad y todas las prácticas que deberíamos evitar hacer o revisarse o no realizarse de manera rutinaria” (Claudia, médica obstetra, 57 años).

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que implica un corte para ampliar la abertura vaginal que involucra cortar desde las capas de piel hasta la musculatura de la zona perineal. Se realiza con tijeras o con bisturí y requiere sutura posterior. Al ser una herida en una parte muy sensible y de difícil cicatrización provoca dolor y dificultades para el movimiento en las semanas posteriores al parto, lo cual incide en la atención al recién nacido. Sin mediar ninguna complicación extra como sería una infección, la cicatriz de una episiotomía dificulta la recuperación del tono pélvico ya que genera una callosidad en la musculatura y la consecuente pérdida de elasticidad de esos tejidos. Esto puede ocasionar desde incontinencia urinaria hasta la incapacidad para tener una vida sexual satisfactoria, sin mencionar problemas de tipo psicológico.

Se enseña entonces a lesionar como rutina protocolar, en principio para que los residentes adquieran la destreza requerida, pero lo que no se enseña es a utilizar el procedimiento cuando se supone que sea necesario. Entonces se instala la protocolización del corte como parte indiscutible de la atención del parto.

“Me acuerdo un médico que me dijo, me decía cortála, cortála, cortála, cortála... entonces le hice como una mordidita, como un pellizco con la punta de la tijera y el bebé salió ... y me recagaron a pedos: ¡para eso no la hubieras cortado! El médico me quiso decir que le tendría que haber hecho una episiotomía gigante y que haberlo hecho así era inútil... -Estaba la Ley de PR” (Marina, lic. en Obstetricia, 43 años).

¿Qué es lo que sostiene la eficacia de realizar cortes como la episiotomía? Desde la perspectiva de quienes practican la obstetricia la percepción es de entrenamiento en un dogma, una práctica cuyo sentido es contraria a la prevención de daños y riesgos.

“...Yo cortaba (hace gesto de muy chiquitito y despacito) así... y me gritaban: “¡Noooooo! ¡Más grande la tenés que hacer!” Igual nacían porque tenía un periné amplio porque era el 4 pibe o el segundo... pero primero vas con la múltipara, después vas con el segundo...” (Claudia, médica, 57 años)

Se trata de un entrenamiento que tiene su eficacia simbólica. Constituye una forma de escritura sobre los cuerpos que marca el pasaje, el ingreso de una mujer a la maternidad. “Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres primíparas, atraviesan la institución sanitaria y se convierten en madres a través de algún corte corporal, es plausible considerarlas en este sentido, *marcas de género*. Porque sólo pueden realizarse sobre cuerpos femeninos, porque se sostienen y reproducen legitimados por la costumbre, y escindidos de la evidencia científica y del marco legal vigente, son cicatrices que expresan en lo físico y en lo simbólico relaciones de poder. De esta forma garantizan el mantenimiento del estatus relativo entre los términos de género interviniendo sobre las mujeres como cuerpos y no como sujetos de derecho” (Fornes, 2009: 11)

“No hay otra opción. Es así. Independientemente si la episiotomía era o no era correcta, porque siempre el sistema médico discute en términos de las intervenciones ¿no? y nosotras decimos: hay que discutir en términos de autonomía, es un proceso sexual. Entonces tenemos que discutir en términos de autonomía y de soberanía” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

Hay que destacar que las interferencias a la fisiología se producen desde el ingreso al centro asistencial. En los casos de atención en clínicas privadas, ya sea por obra social o por sistema prepago, la primera intervención está marcada por el ingreso en silla de ruedas. Es una marcación de discapacidad que tiene sus consecuencias tanto físicas como

psíquicas. Una de las obstétricas entrevistadas que acompaña hasta la puerta de un reconocido hospital privado de Buenos Aires a una de sus pacientes relata cómo las normas institucionales se terminan imponiendo más allá del trabajo realizado durante el curso de preparación. Las intervenciones en cascada se producen como una fatalidad inevitable.

“Y yo le dije “camina, así el bebé baja porque ya estás con dilatación completa” ... (Pero la sentaron en la silla de ruedas ni bien entró al hospital) ... Bueno conclusión, terminaron haciéndole un “vacuum”, peridural... Vacuum es el fórceps de sopapa. Yo ya había tactado la cabeza en la parte derecha (de la pelvis) que es un poco más difícil de rotar, pero no imposible. Hay que esperar. Hay que dejar a la madre en 4 patas. Se le puede hacer manto. Hay que dejar y esperar. Pero no. ¿Qué hicieron? La dejaron un rato con contracciones naturales, pero como se ve que ellos se querían ir a dormir le ofrecieron la peri y ella aceptó. No la culpo porque el sistema es para anesthesiarse. Al ponerle la peri le bajaron las contracciones. Lógico. Le ponen un suero. Entramos en la cadena de intervenciones. Pero se ve que estarían apurados porque la empezaron a hacer pujar en una camilla, no en un banquito de parto, no en el suelo, semiacostada, como el bebé no salía le hicieron un vacuum, le hicieron una episiotomía y no sólo eso: se le subieron arriba de la panza. Le hicieron un Kristeller y lógico porque le hacés un vacuum y va el Kristeller también. ¡Le rompieron el cuello del útero! Porque ella me dice (en las consultas de puerperio) ¡no puede ser que me duela tanto!... y además estuvieron un montón de tiempo cosiéndome. Me tuvieron un montón de tiempo ¡La cosieron sin decirle lo que le estaban haciendo!” (Sandra, Lic. en obstetricia, 57 años)

La antropología nos invita a desnaturalizar, a extrañarnos de nuestras propias rutinas y a poder comprenderlas como auténticos rituales con su eficacia mágico-simbólica y práctica, ya que el fin último de la ritualidad es la perpetuación de un orden social a través de la construcción permanente de un sistema de jerarquías categorizadas.

Las prácticas cortantes en el parto son entonces incisiones rituales y como tal se reiteran y actualizan más allá de los protocolos vigentes y las recomendaciones de los organismos basadas en la evidencia científica. Cómo escena fundante la episiotomía está presente en los relatos de parto que recoge esta tesis y en los relatos de la experiencia de formación de profesionales de la obstetricia, tanto médicas/os como parteras/os.

“Cada vez estoy más convencida de hacerle juicio a la UBA por fraude académico. Porque nos da un título con unas incumbencias y una autonomía que no podemos realizar en las instituciones” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años).

La formación universitaria es percibida como un sistema inaplicable en la práctica, algo totalmente dissociado de la realidad de la atención obstétrica en la que se imponen por rutina las intervenciones lacerantes.

“Entonces en la facultad, ¿Qué aprenden? -Aprendemos a intervenir, a detectar, a dirigir. Y eso es lo que dice la ley, la nuestra, la de incumbencias. Y eso es más grave aún. Y te cuento una anécdota para que lo entiendas, hace 3 años, en esa camada que para mí la rompió toda... que sigo en contacto con muchas de ellas, se me acerca una chica y me dice: Fran me estoy a punto de recibir y nunca ví un parto fisiológico. Y soy partera... (Francisco, lic. en obstetricia, 38 años)

Desde el punto de vista de una activista del parto respetado las intervenciones cobran un claro sentido disciplinador y toma relevancia la crueldad como metodología sistemática, como rito de pasaje hacia la maternidad entendida en su sentido sacrificial y sufriente.

### *Subordinación de las parteras y subordinación de las mujeres*

Tradicionalmente la figura de la partera se asocia a un saber femenino ancestral en el que el parto se consideraba un tema de mujeres con

experiencia personal en maternidad y reproducción (González, 1990; Lehner, 2012; Martín, 2018).

Como se reseña en los capítulos I y II de esta tesis, la medicalización de la vida en general y de la salud reproductiva de las mujeres en particular fue un proceso que se acentuó en todo occidente desde fines del siglo XVIII. A partir del siglo XVIII, la maternidad comienza a ser considerada concretamente como un dispositivo biopolítico, suceso que es simultáneo y concordante con la medicalización de la sexualidad y la reproducción y la maternalización de las mujeres (Nari, 2004). La maternalización de las mujeres es concurrente con la medicalización del embarazo, parto y puerperio. Ambos procesos, maternalización y medicalización, se legitiman como procedimientos universales bajo la premisa del fundamento natural de la fertilidad humana. En esta pretensión van a incluir a todas las mujeres, sin distinción alguna.

Durante el siglo XIX en la ciudad de Buenos Aires, las mujeres que se dedicaban a la atención de partos configuraban un grupo heterogéneo y diverso sin ninguna certificación institucional. A medida que el poder público comienza a cobrar interés por la natalidad y la cuestión poblacional, las parteras y comadronas empíricas serán asociadas a las prácticas signadas por la ignorancia y por fuera del saber científico. Una vez disuelto el Protomedicato del Río de la Plata y puesto en funciones el Tribunal de Medicina en 1822, las comadronas son objeto de especial interés para el poder político. Aparecen las primeras reglamentaciones, se implementa el registro de parteras y la obligatoriedad de tomar cursos específicos (Martín, 2018; Lois, 2021).

El interés por la reducción de la mortalidad materno-infantil y aumentar la población se torna central a comienzos del siglo XX. En este contexto, la asistencia de los embarazos, nacimientos y puerperios va a ser una prioridad del estado. Sobre este tema existe una profusa bibliografía que documenta este interés por la salud materno-infantil y el crecimiento

poblacional va a caracterizar las primeras décadas del siglo XX (Biernat y Ramacciotti, 2013; Biernat y Ramacciotti, 2008; Armus y Belmartino, 2001). Así, tanto el trabajo de las parteras y comadronas, como el rol de las mujeres en la maternidad y la reproducción, resultan indisociables de este proceso (Nari, 2005; Biernat y Ramacciotti, 2013).

Las regulaciones destinadas al oficio de partear, desde sus raíces en la España de fines del siglo XV hasta la Buenos Aires de principios del siglo XX se centran en la necesidad de los estados de regular y controlar el trabajo de las comadronas. La protección de la madre y del niño se erigen como la causa y el fundamento de las regulaciones de la actividad. Pero bajo esta premisa existe otro objetivo vinculado con la necesidad de asegurar la legitimidad de los médicos obstetras como garantes de la seguridad sanitaria en función de su pertenencia al campo científico y académico.

Así, el proceso de profesionalización de la partería fue excluyendo progresivamente a las parteras y comadronas de la atención obstétrica y limitándolas a una posición subordinada. Las sucesivas regulaciones legales fueron en este sentido, ilegalizando algunas prácticas y vedando muchos de los saberes y prácticas de las parteras empíricas. Las primeras parteras diplomadas de Buenos Aires aparecieron alrededor de 1850. Atendían en domicilio de las mujeres o bien en sus propias casas. Como antagonistas de los médicos fueron definidas como peligrosas, ignorantes y poco higiénicas. Fueron perseguidas por pertenecer al campo científico y culpabilizadas por la mortalidad materna causada por abortos (Lehner, 2012). Pero también fueron estratégicamente incorporadas al ámbito profesional de la medicina como las intermediarias entre las mujeres y el médico, ya que al principio hubo una fuerte resistencia a confiar en los facultativos (Lois, 2021). Esta singularidad sigue estando vigente en el orden de subordinaciones que implica la atención obstétrica en un marco institucional, aun cuando las nuevas leyes (la 25.929, de Parto Respetado y la 26.485, de Protección de las Violencias contra las mujeres) propongan una ruptura respecto del autoritarismo en la atención del parto.

“Mi hipótesis es que la partera es la que más vínculo hace con las mujeres y que aún la licenciada en obstetricia que está pegada al médico está sometida al médico y la hipótesis también es que todavía la palabra partera está ligada al aborto. Que todavía la palabra partera está ligada a lo clandestino, a las hechiceras, a las brujas, a aquellas que hacíamos tomar conciencia a las mujeres y a las que no sabíamos desde lo académico. No sabíamos el poder académico. Sabíamos el poder de las hierbas. El poder de las cuestiones emocionales, vinculares, familiares. Sabíamos de acompañar a las mujeres a criar y a amamantar y a dar, pero no sabíamos lo científico y eso hoy se juega y se sigue jugando por más que tengamos cinco años de universidad más tres de residencia o concurrencia, que estemos ganando terreno en el área de salud sexual y reproductiva, en APS, trabajando como el sistema del poder médico hegemónico masculino. Porque hoy no se trabaja desde la partería. Parteras somos pocas...” (Sandra, Lic. en obstetricia, 57 años)

A partir del siglo XX, el oficio de las parteras depende cada vez más del reconocimiento y la certificación oficial de sus saberes. No obstante, la asistencia del parto siguió siendo una incumbencia de las parteras -generalmente en el marco de la atención domiciliaria o bien en casas de parto- hasta mediados del siglo XX. La presencia del médico en los casos complejos se producía a demanda de las parteras (Martin, 2018).

La Ley 4534 “Del ejercicio de la medicina, farmacia, odontología, bioquímica, obstetricia, veterinaria, bacteriología y demás ramas del arte de curar”, se sanciona en Buenos Aires en el año 1936. Esta normativa fue el marco de regulación del ejercicio profesional de las disciplinas conexas a la medicina. Con ella comienzan los primeros recortes de la autonomía de las parteras. El artículo 1º circunscribe el ejercicio profesional de las parteras a la atención del embarazo, parto y puerperio normales y obliga a solicitar asistencia médica ante la presencia de cualquier complicación u anomalía y derivando por completo la asistencia al especialista médico.

La Asociación Obstétrica Argentina es anterior a esta Ley. Su

fundación data de 1901. Cinco años más tarde la Asociación obtuvo la personería jurídica como entidad científica y cultural y recién en 1943 consiguió el estatus gremial como “Sindicato Obstétrico Argentino Gremial y Mutual”. Luego, a partir de 1950 el gremio de las parteras fue sufriendo cada vez más restricciones de su ejercicio profesional. La “Revolución Libertadora” (1955-1958) intervino la Asociación, suprimió la personería jurídica y su carácter gremial. En el año 1967 durante el gobierno de facto de la “Revolución Argentina” fue cerrada la carrera de Obstetricia en la Universidad de Buenos Aires. Finalmente, durante la última dictadura cívico-militar (1976) sólo permaneció en funciones la carrera de Obstetricia de la Universidad Nacional de La Plata. En 1981 se reabrió la carrera en la UBA. Pero más allá de todas estas idas y vueltas, lo cierto es que desde 1960 se agudizan las restricciones para el ejercicio liberal de la profesión de partera. En 1967 se sanciona la Ley Nacional 17.132 “del ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”. La obstetricia es definida como actividad de colaboración de la medicina y al igual que la ley de 1936 se delimita el accionar de las parteras a las situaciones de normalidad y la obligación de derivar los casos patológicos (Martin, 2018).

“Entonces, somos grandes detectores, para esa oportunidad de derivación. Para detectar posibles riesgos. Porque el piso adentro de la facultad de medicina es el riesgo. La que se nos acerca tiene un riesgo. Yo lo voy a tener que detectar, espero que lo antes posible en su embarazo, por su bien” (Francisco, Lic. en Obstetricia, 38 años)

Como señala Lois (2021) el proceso de medicalización de la concepción, la gestación y el nacimiento, no fue fácil ya que a principios del siglo XX la resistencia de las mujeres a atenderse con médicos y en hospitales fue notoria. Ante este panorama el rol de las parteras fue central. La estrategia de inclusión académico-profesional también tuvo esta intención de construir puentes de confianza entre las gestantes y los médicos. Las parteras fueron consideradas las actrices claves en el proceso de medicalización de la reproducción.

La separación de esferas profesionales se produce cuando se establece la distinción de incumbencias diferenciando el parto eutócico (normal) del parto distócico (asociado a patologías). Las parteras se ocuparían de la atención del parto eutócico y los médicos obstetras del distócico. Sin embargo, esta distinción va a incluir una trampa al jerarquizar la posición médica y consolidar la dependencia de las parteras respecto de los médicos. Mientras las parteras se ubicaron como auxiliares del médico, el control cognitivo del parto quedó en manos de los médicos. En principio esta subordinación no fue en detrimento del trabajo autónomo de las parteras que mantuvieron su clientela hasta mediados del siglo XX. En ese entonces, en general los partos porteños eran domiciliarios y las parteras atendían a las mujeres que no iban al hospital (Martin, 2018).

“Y ahí empecé a atender partos y ahí los atendía porque en realidad, el jefe, militares, imagínate, pero si no había complicaciones los partos los atendíamos las parteras. Cuando yo podía no las acostaba a las mujeres, pero eso me trajo problemas. Yo estaba recién recibida, si ahora me dicen algo los mando a la puta que los parió, pero entonces, recién recibida, y muy jovencita, era una nena, con una propia sexualidad no explorada, mucha humanidad yo, muy intuitiva y muy apasionada, pero frente a los otros me faltaban diez mil mundos” (Sandra, Lic. en obstetricia, 57 años).

Actualmente, la formación académica de las parteras está centrada en la atención de gestaciones y partos de bajo riesgo. Durante 5 años estudian la teoría en el sistema universitario y las prácticas a partir de segundo año en centros asistenciales. De las entrevistas realizadas surgió la modalidad de autogestión personal para entrar como practicantes mientras estudiaban a hospitales que las acepten. Luego, una vez recibidas pueden ingresar a la residencia de obstetricia que es el sistema de capacitación en servicio para los profesionales de la salud.

“Y la partera, esto ¿no? yo te hago el cafecito... someto a la mujer... miedosa... hasta de la propia libertad. Eso es también porque hay mucha

psicopateada psicológica. Te controlan con que si vos te cortás por tu lado vas a estar por fuera del feudo digamos, por fuera de la protección del señor feudal. Y la exposición al riesgo legal, y esto y lo otro” (Marina, Lic. en Obstetricia, 43 años).

El sistema sexo-género determina la asignación de roles y funciones de las parteras. En este esquema, la profesionalización profundiza las desigualdades, reglamenta la subordinación y la progresiva pérdida de autonomía laboral de las parteras.

“Absolutamente. Pero también hay que tener la valentía de ejercer para lo que vos estudiaste. Porque este oficio, que se transformó en una profesión, es un oficio que es un misterio. Vos podés estudiar muchísimo.... Bien entonces en la partería lo que se juega es primero, esta carrera, esta profesión también trae mucho poder y si no lo sabes usar o si los equipos están fragmentados, se quiebra por lo más vulnerable y lo más vulnerable suele ser la partera porque es la que está más cerca de la mujer y porque por otro lado entra en juego que la gran mayoría de las parteras somos mujeres. Entonces el poder médico hegemónico masculino, aunque lo ejerza una mujer, hace que se someta y ponga en apelación a la partera. Y esto está en el inconsciente colectivo porque para la gran mayoría de las personas la partera no es la que tiene el saber científico. El saber científico lo tiene el médico. Entonces en un equipo que tenés el médico y la partera, los médicos muchas veces dicen: yo quiero tener el poder porque si hay un juicio, a vos no te van a hacer nada. Pero la culpa psicológica si la paga la partera” (Sandra, lic. en Obstetricia, 57 años).

Esta situación de subordinación y poca autonomía organiza el cotidiano institucional y profesional de las parteras. Las experiencias registradas en las entrevistas dan cuenta de la vigencia de esta organización asimétrica.

“Pero también en la partería es muy interesante ver las cuestiones de género, pero volcadas en una profesión, porque aparece como esta cosa de lo que

sería la heteronorma... la pareja laboral... el doctor y yo soy la partera del doctor X y sos como un matrimonio. Y el doctor X maneja tus honorarios y el doctor X maneja cuando te paga y cuánto te paga... y si se cruza una chiruza... otra colega como la doula... es como pelea de amantes, como una cosa de vedettes... no sé cómo explicarte. ¡Eso me da como una cosa que digo no! ¡Qué desastre por Dios! Porque seguís viendo los estereotipos, cómo funcionan, lo que se espera de los géneros... bueno... Nada. Después obvio muchas parteras siendo las amantes. Entonces vos decís, te hago de secretaria, te alivio las ganas, te preparo el cafecito, te regulo el laburo, te entrego a la mujer en bandeja de plata, soy tu che pibe... Después vos decís: ¿Qué más? ¡Cualquiera! (risas) Eso ya se veía en la facultad entre las estudiantes de obstetricia como noviecitas del doctor ... Una cosa que a mí ya me generaba como alergia... (Marina, Lic. en Obstetricia, 43 años)

No obstante, la formación académica y la acreditación profesional, las licenciadas (y ahora también los licenciados) en obstetricia siguen siendo portadoras/es del estigma de la brujería, la ignorancia, la no pertenencia al campo del saber científico. Es una subalternidad que se sostiene, incluso que se legitima a través de la profesionalización de las parteras. Algo similar a lo que sucede con la enfermería y las otras disciplinas consideradas auxiliares de la medicina. Además, esta subordinación las coloca en primera fila cuando las cosas se complican. La sospecha y la culpabilidad recaen sobre la figura de las parteras. Esto refuerza el poder y la autoridad médica que emerge como tutela de la actividad de las parteras.

Para las/os licenciadas/os en obstetricia las prácticas profesionales durante la formación y luego la experiencia de la residencia resultan paradójales. Lo aprendido en las aulas de la facultad queda supeditado al orden institucional profundamente jerárquico y limitante en el que otorga protagonismo y autoridad a los médicos, aun cuando sean también residentes, es decir recursos humanos en formación. Es un ingreso al mundo profesional, cuya marca de origen es la subordinación completa.

“Después lo que veía es que las parteras hacían los libros de parto. O sea, se

la pasaban llenando libros rubricados y preparándoles el cafecito a los médicos y las médicas. Entonces yo decía: ¿qué onda esto? ¿Yo me voy a convertir en este personaje que hace café? Que era como una secretaria (gesto de sorpresa) ... era como raro también. Y esta cosa de “si doctor”, “cómo no doctor” “¿Qué necesita doctora?”. No sé, era como... raro. Pero después cuando entraban médicos, practicantes o residentes, era la partera la que le enseñaba a hacer un examen vaginal, la partera la que le enseñaba cómo escuchar los latidos fetales, la partera la que enseñaba a suturar. Pero después cuando esta o esta pendeja, pendejo o pendeje... llegaba a tener la especialidad, la partera era como el che pibe de... Entonces era como todo muy raro” (Marina, lic. en obstetricia, 43 años)

Podemos decir que la obstetricia impacta fuertemente sobre la autonomía de las mujeres en dos sentidos: en primer lugar, subordina a las parteras a la condición de acompañantes de las mujeres y enlace de referencia hacia las instituciones de salud pública. Además, impacta sobre los cuerpos gestantes restándoles movilidad, y practicando maniobras que alteran el proceso fisiológico, patologizándolo. Tanto la subordinación de las parteras a la jerarquía médica, como los protocolos institucionales de atención de la gestación, del parto y del puerperio, constituyen en la actualidad, una de las principales estrategias de represión de la sexualidad.

A fines del siglo XIX el poder médico se expandió. Ginecología, obstetricia y pediatría se convirtieron en disciplinas reconocidas y ejercidas por hombres. Los partos se fueron desplazando paulatinamente del hogar a los hospitales. Las comadronas fueron perdiendo prestigio y poder. El cuerpo de las mujeres pasó de la tutela eclesial a la técnico-médico-mercantil y estatal. A fines del XIX, la pediatría se establece como especialidad médica y la puericultura como paramédica. Nace la figura del experto. Aparecen las primeras revistas temáticas y artículos sobre el tema. Los médicos en su papel de especialistas monopolizan la organización de las prácticas de crianza. La maternidad se profesionaliza. La tarea de formar madres. Nace una maternidad científica según la cual las buenas madres son

aquellas que siguen al pie de la letra los consejos profesionales. También se comienza a patologizar el embarazo y el parto como regla general. (Armus y Belmartino, 2001; Nari, 2004; Biernat y Ramacciotti, 2008 Biernat y Ramacciotti, 2013; Vivas, 2020)

“... las obstétricas”, siempre hacemos los congresos pegadas con los médicos, de ginecología y obstetricia. Entonces ¿qué vemos?... ves temas de mierda: cáncer, muerte fetal... además todo es: “adolescencia y embarazo”, “Sífilis y embarazo”, “Toxoplasmosis y embarazo”, “Sida y embarazo” ¡una pelotudez todo esto! Pero era lo único que había. (Marina, Lic. en Obstetricia)

#### *Aprendiendo los pasos del ritual medicalizado*

Según nos presentan Hernández Garre, J. Manuel y Echevarría Pérez, Paloma (2015:403) en su texto “El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad”, el parto es el umbral que conduce a la maternidad. A partir de esta consideración el parto puede ser entendido como un rito de paso, en el sentido clásico descrito por Van Gennep<sup>54</sup>. Así, en tanto que rito de pasaje está integrado por tres fases características: separación en la que se aísla a quién se inicia, marginalidad, en la que se produce su transformación y reintegración en la que se regresa a la sociedad con la transformación realizada.

La atención intervencionista del parto puede considerarse como una auténtica «ceremonia quirúrgica» (Menéndez, 1990), una praxis protocolizada en la que se realizan acciones el patrón guionadas, específicas y universalizadas. Las mujeres iniciadas en este rito deben aceptar sumisamente los rituales de purificación que incluyen sangre, el dolor, estigmas (cicatrices) y restricciones (alimentarias, de movimiento, de

---

<sup>54</sup> El término fue acuñado por el antropólogo francés Arnold Van Gennep (1873-1957), en su libro *Los ritos de Paso* (1986 [1909]), para hacer referencia a una serie de liturgias sociales destinadas a cambiar de estatus dentro de la estructura social.

vestimenta, de contacto) Todo esto nos señala una realidad que trasciende el hecho de parir como evento clínico sanitario. El nacimiento conserva en el tratamiento médico todos los rasgos de su singularidad ritual iniciática.

Lo primero que nos sugieren los relatos de profesionales es que ese ritual de pasaje se realiza protocolarmente y sin excepciones. Aislamiento, despojo de ropa, inmovilidad, tratamientos sobre el cuerpo (sueros, rasurados, enemas, cortes, roturas de membranas, maniobras, suturas). El cuerpo entra de un modo y sale con las marcas rituales plasmadas en el cuerpo, escritas como tatuajes, como texto enuncia la transformación.

“Cuando llega, llegamos como a las once y media de la noche... Bueno ahí empezó la masacre. La separaron del marido. Primera cosa que las instituciones tienen es mandarlo al marido a la admisión, a que hagan la internación. La mujer se queda sola. Se queda con los leones. Yo digo la tiran a los leones. Los leones son el camillero, el portero, el de seguridad. Todavía no llegó al “rey león”. Esos son los primeros leones depredadores. Bueno la dejaron un largo rato sola. Le pusieron oxitocina. --¿Ella entra en silla de ruedas? --Si. Si entró en silla de ruedas. Enseguida los leones te ponen la silla de ruedas. El primer depredador es sentarte” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

“Lo primero que hacen es aislarte. Dejarte sola en pelotas, ponerte un suero y decirte que no te podés mover. Lo primero es despojarte de tu entorno. Meterte en una habitación, en una cama y ponerme el suero. Decirte que no podés caminar. En privado encima te ponen el monitor (que es el aparato para escuchar los latidos del bebé) entonces si te movés no se escuchan bien y te tenés que quedar muy quieta. En el hospital también, cuando ya tenés cierta dilatación, te dicen que hay que romper la bolsa y rompés la bolsa con cuidado, porque se puede venir el cordón con la bolsa, entonces, ¿para qué le vas a romper la bolsa si hay riesgos? Además, la bolsa amortigua... cada contracción va haciendo que el bebé baje un poco más, que el cuello se dilate (me muestra con las manos) y la bolsa también va haciendo su

trabajito desde adentro de ir dilatando el cuello pero va amortiguando. No es lo mismo una cabeza dura contra el cuello que una cabeza recubierta de líquido. Es otra sensación. Después de que se rompe la bolsa, es más doloroso, digamos la dilatación, es más dolorosa. Por eso en privado después que te rompen la bolsa, después de ahí viene la peri, pero en el hospital, no”.

¿No hay peri en el hospital porque no hay recursos o porque cómo son pobres que se la banquen? -Por las dos cosas. En el hospital siempre hay anestesista porque es el de guardia, pero es el que está para la cirugía del baleado o de la cesárea. Entonces es como que no es tan necesario que esté. ¿Por qué? ¿Por qué tiene dolor va a estar un anestesista ahí al lado en un parto que por ahí son 5 horas, 6 horas? No. No habría un recurso de un anestesista específico para partos, pero tampoco está la idea de que por ahí aliviar el dolor en el parto sea algo importante, más cuando por ahí le estás sumando intervenciones que son dolorosas. No, no está. -La separación y la inmovilidad serían las primeras intervenciones que empiezan con la cascada... -Si claro. Después el suero. En mi época había que rasurar. Ahora vienen todas, nadie tiene pelos en la concha ya... Pero bueno había que rasurarlas. Le mandabas a la enfermera que la rasure... enema. Todavía había entonces enema. Unas cosas impresionantes. Así que se sumaba eso a la cascada: no poder moverse, el suero que duele, a eso se le suma: “no grités fuerte” “qué te pensás que estás acá sola” y las barbaridades de “lo hubieras pensado antes” y todo eso... que tampoco contribuye a que una mujer pueda sentirse que no está en peligro. Lo que inhibe al parto es la adrenalina, eso lo sabemos ahora y yo creo que los niveles de... digamos, el maltrato, la soledad, más el dolor... hacen que los partos se dificulten. No obstante, así, en los hospitales las mujeres... la mayoría tiene partos. ¿no? (Claudia, médica obstetra, 49 años)

Actualmente hay partes de ritual que ya no se realizan como el rasurado y la enema, pero si se mantienen como invariantes la episiotomía (que cumple la función de corte ritual) y la estimulación con oxitocina (que acelera el proceso y aumenta exponencialmente el dolor). Un dato llamativo

es que, no obstante, el intervencionismo en los hospitales públicos los nacimientos se producen mayormente por parto vaginal, mientras que en el ámbito de obras sociales y prepagas el 70% de los nacimientos es por cesárea<sup>55</sup>. Hay así una variación en el corte ritual del parto: mientras que en el hospital público el corte es en la vulva (episiotomía) en la cobertura por obra social y/o sistema prepago de salud el corte principal se produce en el abdomen. La invariante está dada por la existencia del corte indefectiblemente. La escenografía y el lugar del cuerpo en que se realiza el corte puede variar entre el escenario público y el privado en cuanto a la calidad de la “hotelería” y los servicios de alojamiento, pero el pasaje por el bisturí es uno de los rasgos que se mantiene invariante.

“Yo creo que hubo una gran influencia del miedo. Para parir y para asistir partos hay que tener mucho coraje. Si no tenés todo eso es muy difícil. Entran en juego muchas generaciones de llevar el nacimiento y la nursery. La tecnificación del nacimiento, la separación del niño de la madre, las leches maternizadas. Todo eso generó que si no tenemos alguien que nos diga cómo parir o amamantar no sabemos. Estas prácticas des culturalizan los cuerpos. Los cuerpos también se educan. Lo podés educar para el miedo, la sumisión y la opresión como lo podés educar para la liberación, para el disfrute, el goce, para el placer (la potencia) ...” (Sandra, lic. en obstetricia, 57 años)

### *Riesgo, control y obediencia*

La prevención de complicaciones y la detección de patologías constituyen el fundamento de los controles médicos durante la gestación. Nuestra intención no es discutir sus beneficios, como así tampoco los avances en los diagnósticos precoces cuyos beneficios para la vida y la

---

<sup>55</sup> El 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión (Ministerio de Salud Argentino-OPS/OMS-2018) indica que la tasa de cesáreas en el país alcanza un promedio del 30,9 % en el sector público y del 67% sector privado durante el período 2010-14. Cifras que podrían ser mayores (35% para el sector público y 75% para el privado) según lo expresado por el Dr. Ceriani Cernadas (2019:66) miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría, que reflexiona sobre el ascenso ininterrumpido de esta práctica desde 1989.

salud no son objeto de cuestionamiento alguno.

Sin embargo el énfasis en la patologización de la fisiología sexual femenina, los silencios respecto de los aspectos saludables de la sexualidad y de la gestación, la omisión y el desconocimiento de prácticas no patologizantes (esas sobre las que nos ilustran los relatos de viajeros y luego las investigaciones etnográficas), como así también el rechazo prejuicioso de los modos poco intervencionistas, evidencian que hay un marcado sesgo en el control y la pérdida de autonomía sobre los propios procesos corporales. Este énfasis en los riesgos y la generación de dependencia tiene sus impactos sobre los cuerpos, sobre la fisiología y revela el carácter de preparación ritual de los controles de la gestación. Además, esta preparación tiene como antecedente una larga historia de medicalización de la sexualidad que se acentúa en el período de fertilidad femenina, es decir entre la menarca y la menopausia. Durante este período se aplican numerosos procedimientos que van cercando la sexualidad en una significación que oscila entre la anormalidad y los peligros. Como ya señalamos en el marco conceptual el androcentrismo es uno de los rasgos más típicos de la mirada gineco-obstétrica. Desde ese sesgo la especificidad de la sexualidad femenina es construida como una excepción a la norma o una versión defectuosa de una normalidad concebida como masculina. Desde este enfoque la sexualidad de las mujeres aparece como un conjunto de situaciones que deben ser normalizadas, reguladas, controladas.

Esther Vivas (2020) señala toda una serie de procedimientos invasivos que se instrumentan sobre los cuerpos de las mujeres, especialmente a lo largo de su período fértil, tales como la vacuna contra el HPV (papiloma), las terapias hormonales en la menopausia, los controles preventivos de cáncer de cuello de útero y de mama, la anticoncepción como una responsabilidad exclusiva de las mujeres. Estos procedimientos constituyen una preparación para aceptar los controles del embarazo con naturalidad.

“La ciencia ha utilizado la diferencia sexual para justificar la opresión de las mujeres. La menstruación nos hace sucias y somos cuidadosas, castas y fieles por naturaleza. A su vez la ciencia y la medicina han ignorado las diferencias biológicas entre los sexos erigiendo el cuerpo masculino como patrón universal” (Vivas, 2020:159)

Así en el marco de una socialización temprana que desconecta los cuerpos de la propia fisiología, reproduce el estereotipo de la maternidad obligatoria, sufriente y abnegada como esencia de la femineidad y fundamenta que sin la asistencia experta de la ciencia obstétrica la muerte es segura, los controles del embarazo son una pieza fundamental para que se acepte con total sumisión la liturgia parto medicalizado. El objetivo principal es el entrenamiento en obediencia y sumisión de las iniciadas. Cada paso de este rito de pasaje confirma la transformación de la persona en paciente y de mujer en su forma más completa, desde el punto de vista de este paradigma, es decir en madre.

En primer lugar, los cursos de preparación instan a dejar todo en manos del equipo experto. Confiar, delegar totalmente como si el cuerpo y sus procesos no pertenecieran a las gestantes. Como ya expresamos, no pretendemos negar la importancia del seguimiento médico, sino poder hacer visible el exceso de intervencionismo, la patologización de la fisiología reproductiva, el paternalismo y la atención despersonalizada.

Los profesionales que cuestionan el modelo hegemónico son sensibles a escuchar las experiencias de las mujeres en el transcurso de los controles y sus relatos pueden dar cuenta de lo que impacta no ser mirada o escuchada.

“Entonces a veces, por ahí te dicen, no me hicieron una episiotomía, pero en las consultas no me miraban, no me escuchaban, yo nunca pude elegir cuando una ecografía o cuando no, el porqué de las cosas. Todo el relevamiento que hicimos de la parte neonatal fue tremendo, porque nadie sabía lo que le hacían ni por qué lo hacían (Francisco, partero, Lic. en

obstetricia, 38 años).

El riesgo como eje central es el principal desencadenante de la patologización. Ni bien aparece un indicador levemente desviado de los valores normales se produce emerge el rótulo. La mirada, el tacto y la escucha no son el centro de los seguimientos. Los controles son mediatizados cada vez más por instrumental tecnológico y análisis clínicos. Las manos fueron desplazadas por el ecógrafo y la mirada clínica migró de los cuerpos a las pantallas de las computadoras dónde se almacenan las historias clínicas.

“Otra cosa que hacen es que el más mínimo índice de aumento de la glucosa también. “Diabetes gestacional” que ni siquiera es con medicación. Meterle ecografías y ecografías y ecografías... para que aparezca algo. Esta es otra de las cosas. Ecografía a las 36 semanas... nada de manos. Ya no ponen las manos. Ecografías... y van taladrando la psiquis fundamentalmente. Si a esto le sumás que venimos de unas mujeres totalmente desconectadas de los cuerpos propios hace muchos años, no es una década, son muchas décadas, la llave para meterse en el inconsciente y generar miedo es muy fácil. Como, por ejemplo, otra de las cosas, llegan a la primera consulta, antes de la semana 6 y ya empiezan a la ecografía, la ecografía, la ecografía y confían en la primera ecografía más que en la FUM -fecha de la última menstruación-” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

Estas actuaciones impactan acrecentando la desconexión y los temores preexistentes. Actúan como confirmación de la incapacidad de los cuerpos para funcionar sin tutela. El cumplimiento de las normas se torna central en este proceso.

“No les hacen preguntas sobre cuántas relaciones tuvieron... que ellas traigan la información de cuando concibieron. A eso no le dan lugar. Entonces ellas van durante 9 meses acumulando corazas. Corazas que le dan de comer a la adrenalina, el cortisol y a la cortisona. Nerviosismo, estrés y tensión. Entonces el encuentro mensual (con el obstetra) es una tortura. El

encuentro mensual no es una fiesta. Es un cumplir con las reglas... del laboratorio, de la ecografía. No es lo último (los estudios) es lo primero. Y lo último que me quedan cinco minutos de la consulta te pregunto: y vos ¿cómo estás? ¿Cómo andás?... y te hago una palmadita acá atrás (imita el gesto golpeándose suavemente el hombro) ...Otra de las presiones grandes... la de la fecha es tremenda. Creo que es la de mayor peso” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

Los controles del embarazo ratifican la incapacidad construida y la idea de la gestación y el nacimiento como procesos de alto riesgo para la vida humana. Van preparando durante 8-9 meses a las mujeres para la aceptación total de los protocolos que luego se implementarán en la sala de partos.

#### *Problematizar la crueldad*

#### *El miedo al parto y la cesárea como rito de nacimiento normalizado*

Como venimos analizando, las prácticas de rutina son de carácter ritual y es desde este carácter ritual que transforman las acciones en hechos simbólicos que construyen el estereotipo de lo femenino en nuestra sociedad y reintroducen en cada actuación la inferioridad de los cuerpos femeninos y de la naturaleza. Inferioridad que debe ser normalizada. Naturaleza que debe ser descifrada sólo por expertos. Como indica Fornes en la ritualización del nacimiento medicalizado cada intervención tiene su significado ritual, que al mismo tiempo está manifiesto y oculto como todo acto simbólico ritual. Entonces, el rasurado remite a infantilización, despojo y desexualización; la inmovilización a incapacidad, la posición horizontal a enfermedad y a sumisión, la desnudez a vulnerabilidad y los cortes quirúrgicos (episiotomía y cesárea) son los procedimientos que marcan en los cuerpos ese orden simbólico de subordinación (de las mujeres y de la naturaleza) a la manera de tatuaje y cicatriz.

“Entonces todo el tiempo me preguntaba, pero esto es raro, esto es raro...”

Que haya que romperles la bolsa a todas las mujeres porque si no, no paren... A todas hay que cortarles la vagina porque si no tampoco paren... A todas todas hay que ponerles drogas endovenosas porque si no... entonces vos decís: pero ¿y cómo era antes cuando no había quién te cortara, no había con qué coser? ¿Qué onda?" (Marina, lic. en obstetricia, 43 años)

Todas estas prácticas o rutinas obstétricas están desaconsejadas por los organismos internacionales de salud desde 1980. Tanto la OMS/OPS y las investigaciones basadas en la evidencia científica de los últimos 30 años las desaconsejan por ser perjudiciales para la salud física y psíquica de las mujeres. Por ello insiste Fornes (2009) se trata de un vector simbólico-ritual cuya finalidad es la marcación de la experiencia como peligrosa, sufriente, dependiente. Son acciones cuyo fin es procurar la aceptación de una estructura jerárquica, de un orden de subordinaciones concatenadas. La eficacia simbólica es tan enorme que son las propias mujeres las que reclaman su pertenencia e ingreso al orden de la medicalización obstétrica, su participación en un rito signado por la crueldad y la inseguridad. Robbie Davis-Floyd (1994) también caracteriza los rituales obstétricos como elementos nodales que permiten la reproducción de un sistema social específico y definen el estatus de subordinación de las mujeres. Desde estas perspectivas antropológicas, todas las rutinas médicas que organizan el ritual -desde la gestación hasta el nacimiento- tienen un objetivo simbólico - práctico concreto, aunque no siempre resulta evidente para quienes lo atraviesan o lo observan en virtud de su naturalización.

Esther Vivas (2020:116) describe cómo progresivamente el sistema de salud va a ocupar el espacio de poder de la Iglesia. El dolor del parto puede ser eliminado con anestésicos y así la amenaza de un dolor insoportable se transforma en un instrumento disciplinador. Por ello cuando las mujeres aceptan la anestesia el equipo de salud lo asume como un logro. Cuando se presentan casos de mujeres que no experimentan dolores intensos se los toma como excepción. Esa información se oculta porque no sentir dolor es contravencional al desobedecer el mandato bíblico. La autora

distingue entonces entre dolor y sufrimiento. El dolor es una situación transitoria mientras que el sufrimiento remite a una experiencia psicológica traumática que deja su huella más allá del momento del parto. La anestesia evita el dolor, pero induce el sufrimiento generado por la impotencia, el temor y la dependencia de procesos intervencionistas. Así la maldición bíblica se resuelve bajo una nueva condición: parirás sin dolor, pero con sufrimiento.

Hace algunas décadas se fue instalando en el imaginario de las gestantes que la cesárea es superior al parto. Muchas mujeres solicitan expresamente que les hagan cesárea desde el primer control gestacional. Según como se mire este acontecimiento puede ser significado como el triunfo de la medicalización total del nacimiento y como una forma extrema de colonialidad sobre los cuerpos.

También hay quienes interpretan que este fenómeno está vinculado a la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Son interpretaciones que pueden tener coherencia con las situaciones vigentes, pero también se fundan en omisiones y desconocimientos. Por ejemplo, la cesárea en tanto que acto quirúrgico entraña mayores riesgos que un parto fisiológico y es un factor de estrés para los equipos intervinientes. Casi no se producen nacimientos los fines de semana o los feriados, ni fuera del horario laboral. Las cesáreas permiten la programación en agenda según las necesidades del profesional y de las instituciones sanitarias, especialmente en el ámbito privado. Es un procedimiento que además normaliza el riesgo como algo inherente al nacimiento.

“Yo lo que veo es que en la atención privada o de obra social la cesárea es la norma. En cambio, en el hospital público lo que prevalece es el parto vaginal porque por un lado no tenés un anestesista asignado a partos en general y porque además los hospitales son escuela y el parto vaginal permite aprender a realizar episiotomías, por ejemplo” (Claudia, Médica obstetra, 49 años, entrevista 2021)

La cesárea en tanto que acto quirúrgico, permite a los equipos médicos controlar el tiempo y el proceso y adecuar un hecho fisiológico que se concibe como impredecible y descontrolado. Y esto sucede porque los cuerpos, en tanto que naturaleza no son compatibles, con la tecnificación. La cesárea como procedimiento médico permite salvar vidas y no puede ser caracterizada como algo negativo per se, sin embargo, reemplazar el parto fisiológico por una cirugía mayor introduce riesgos innecesarios, secuelas y perjuicios. “La hipermedicalización del parto es alarmante y poco segura... La tasa de mortalidad para las cesáreas programadas es el doble que para el parto vaginal. Tras una cesárea las mujeres tienen 3 veces más riesgos de sufrir endometriosis, mayor riesgo de hemorragias y necesidad de transfusiones, mayor probabilidad de placenta previa y de rotura uterina si el parto es inducido”. (Vivas, 2020:188-192).

“El tema es que claro, las parteras de verdad independientes tienen una estadística de cesáreas de un 5% contra un 90, 70, 60, 50%... entonces y no te conviene que haya parteras que te den una tasa de cesáreas del 5% porque eso no le da de comer a la estructura, no somete a las mujeres. Tenés mujeres que han sentido orgasmos en el parto en vez de la que te dice - dormime, abríme, sacámelo... el parto es terrorífico...” (Marina, lic. en obstetricia, 43 años)

Ahora bien, desde los relatos recogidos en las entrevistas de esta investigación emergen otros significados de la cesárea por demanda. Por una parte, esta demanda se relaciona con el temor al sufrimiento en el parto, sufrimiento que viene como marca identitaria desde la maldición bíblica y que se incrementó con las sucesivas intervenciones desde que los cuerpos fueron puestos en la mesa de los anatomistas. Entonces las mujeres piden cesáreas para evitar las intervenciones cruentas y las secuelas pélvicas. También aparece un significado civilizatorio y de diferenciación social. En los países, como Brasil, que detentan las tasas más altas de cesáreas el parto vaginal es visto como cosa de pobres y salvajes. La cesárea es significada como la forma más avanzada y segura de parir. Todo el sistema sanitario

brasileño induce a creer que la cesárea es mejor. Las gestantes de clases altas se preparan para la cesárea como evento social: van a la peluquería, se maquillan, se visten para la ocasión y contratan la filmación del evento (Vivas, 2020:188)

“Las mujeres eligen cesáreas porque no son conscientes que tienen la enorme oportunidad de acercarse a lo femenino. Además del daño sobre el cuerpo y el vínculo, una cesárea a la carta hace enormes daños sobre el vínculo. Estos cuerpos empiezan escindidos de las emociones... La idea del parto como algo que duele mucho y es algo terrible está muy instalada. A veces se prefiere una cesárea para no pasar por una episiotomía” (Sandra, lic. en obstetricia, 57 años)

El miedo al parto actúa como factor clave en la construcción de una confianza ciega en las intervenciones médicas. Además, la presencia de cada vez más elementos tecnológicos fortalece la ilusión de seguridad en un contexto de temor y desconocimiento respecto del propio cuerpo y del proceso reproductivo. Todo lo cual profundiza los temores e induce a la obediencia. Si el experto sabe que es lo mejor para las mujeres y para sus hijos/as, no es fácil cuestionar ese saber. Entonces las cesáreas por demanda son una expresión de la obediencia ante lo desconocido.

“Las mujeres venimos de generaciones y generaciones de cuerpos violentados, de cuerpos enajenados y por ende mentes también. Y entonces, se escinden de las emociones y uno de los trabajos que más hago es abordar el cuerpo desde las emociones. Y aparecen cosas que se van liberando. Mochilas que se van dejando para el día del parto llegar más liviana... Estoy capacitando en Rio Negro y todo es cesárea, todo es intervención. Las mujeres están acalladas en sus cuerpos porque todavía está el patriarcado altamente funcionando como sistema” (Sandra, lic. en obstetricia, 57 años)

La perspectiva feminista como teoría crítica del intervencionismo aparece también en profesionales de la obstetricia que pueden reconocerse como parte de un sistema que oprime especialmente a las mujeres y que

cuenta con una docilidad aprendida por generaciones. El miedo y la sumisión no son sólo un resultado de la medicalización, sino que se inscribe en una trayectoria histórica de larga data.

La evitación del maltrato aparece como elemento central en el relato de Violeta. Desde los activismos feministas el eje de los reclamos se ubica en la cuestión de la autonomía en la decisión. En este sentido polemizan con algunos sectores de activismo del parto respetado que se centra en el respeto por la fisiología. El tema es que el respeto por la fisiología está muy interferido por las creencias sobre el parto como acto de supremo sufrimiento, que a su vez ratifican las intervenciones cruentas que violentan los cuerpos gestantes.

“Si tú me dices que lo mejor para mi hijo/hija es una cesárea te voy a decir que sí. No es que te esté pidiendo una cesárea. Te estoy pidiendo lo mejor para mi hijo/hija. Y lo segundo que te estoy pidiendo es esto que tú dices: no me maltraten. Y me estás diciendo, una cesárea es un cortecito, sale rápido, no pasa nada y yo en cambio escucho que a mi hermana le hicieron, le pasó, fue un horror... entonces obviamente que sí... Si mi hermana se sentó sobre un flotador durante no sé cuánto, le tiraba la cicatriz cada vez que hay humedad, digamos, yo no estoy pidiendo la cesárea, estoy pidiendo que mi cuerpo se preserve lo mayor posible. Y bueno, entre que me hagan un tajito acá y quedar toda como un matambre, entonces sí, ahí hay toda una cuestión importante...” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años)

Pedir la cesárea para evitar la “carnicería” puede constituir un mecanismo de negociación en una situación de extrema desigualdad. La insistencia en tener un parto fisiológico puede desencadenar una serie de intervenciones que lo complican y que dejan secuelas de por vida.

“La cesárea evitaba la carnicería... como es una cirugía y ya se entregaron de entrada ¿las van a respetar más? ... La institución está para la carnicería y la docilidad. No solo la parte sexual arruinada, si un día esa chica hace danza y tiene que elongar... no puede elongar más... Entonces cuando digo

esto, me paro en otro lugar” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

La cesárea por demanda emerge como una posible estrategia de negociación ante la inevitable intervención cruenta y sus consecuencias. Las marcas de género<sup>56</sup> (Fornes, 2009) pueden presentar opciones y según la evaluación de las gestantes, la cesárea puede significarse como una situación más tolerable y con menores secuelas. Si el pasaje a la maternidad está determinado por los cortes rituales, la posibilidad de elegir qué tipo de corte indica un agenciamiento sobre la situación, aunque implique un mayor intervencionismo y otros riesgos.

Como contraste tenemos las “no” intervenciones planificadas. Como inversión de la cesárea “innecesaria” tenemos el siguiente ejemplo de un caso de “esperar” que se produzca el parto fisiológico en un caso de muerte fetal intrauterina:

“Justo ahora estoy haciendo un peritaje de un caso de una mujer que termina con la pérdida de su embarazo porque cuando ella va a consulta diciendo que tiene sangrado no le creen. La mandan a la casa y muere la criatura con una gestación muy avanzada, de treinta y pico de semanas. Y ella, a partir de ahí, le cagaron la vida. Tenía 20 años. Cuando llega la quieren hacer parir de forma natural y ponen goteo, pero no pasa nada porque el chico estaba muerto adentro. Terminan haciéndole una cesárea transversal y la médica le dice que quería hacerla parir natural para que no tenga marcas. Eso ella me lo repite tantas veces que la marca fue tan profunda en su cabeza que es increíble. Después tuvo dos embarazos, con padecimientos tremendos, con una primera hija que nace con diabetes y el otro con retraso madurativo y ella sigue pensando en tener hijos. Lo que le hicieron a esa mujer es un

---

<sup>56</sup> “Porque sólo pueden realizarse sobre cuerpos femeninos, porque se sostienen y reproducen legitimados por la costumbre, y escindidos de la evidencia científica y del marco legal vigente, son cicatrices que expresan en lo físico y en lo simbólico relaciones de poder. La sociedad occidental por tecnologizada que esté, no se exime de rituales, mitos y poderes simbólicos. Por eso consideramos necesario hacer visible e inteligible la violencia de género en el parto para problematizar y desnaturalizar las representaciones y prácticas relativas al lugar que ocupa la mujer en el saber-poder obstétrico” (Fornes, 2018:71).

horror. Y eso fue todo por exceso de intervenciones o falta de intervenciones” (Barby, psicóloga, 30 años)

Este caso representa claramente como la institución hace cuando no debe y no hace cuando debe. También demuestra la asimetría funcional entre médico/a-paciente respecto de la toma de decisiones sin tener en cuenta los deseos de la paciente, como tampoco las consecuencias de las intervenciones.

### *Las marcas del intervencionismo en el posparto*

A mediados del siglo XX se produjo en casi todo el mundo el desplazamiento total de la atención del parto en los hospitales. Los argumentos utilizados se fundamentan en los avances médicos que redujeron la mortalidad perinatal y los controles gestacionales que permiten la detección precoz de patologías. Sin embargo, las cifras de morbimortalidad perinatal continúan siendo elevadas y los casos de muertes evitables también, especialmente en los países del sur global como consecuencia de la aplicación rutinaria de procedimientos específicos excepcionales de manera universal. Intervenciones como la episiotomía incrementan riesgos y dejan secuelas.

Actualmente se sabe que cuanto más se interviene un parto mayores probabilidades de que surjan complicaciones. Sin embargo, la sobreactuación médica en partos normales y de bajo riesgo es la norma. Así tanto la formación profesional como la institución sanitaria define como protocolo de actuación obligatoria todos los procedimientos que dificultan dar a luz. El parto en decúbito y la inmovilidad, facilitan la visualización del periné, pero se entorpece el proceso fisiológico aumentando el dolor, dificultando la expulsión, requiriendo de maniobras y fármacos para acelerar, abrir y mover lo detenido. Este mecanismo de violencia sobre la fisiología se relaciona con la práctica de la vivisección anatómica vigente desde la entrada de los anatomistas al campo de la obstetricia. En las entrevistas realizadas a profesionales y acompañantes de la gestación

realizadas en esta investigación, este fue un tema recurrente. No pasa desapercibido que el intervencionismo deja consecuencias. Estas consecuencias afectan a las mujeres, pero también afectan a los profesionales y al sistema de salud ya que prolongan la recuperación y agudizan la sobrecarga y la precarización laboral del personal de salud.

El monitoreo fetal permanente es otra de las intervenciones que interfieren la fisiología del parto y tiene efectos iatrogénicos ya que en función de controlar riesgos se generan las condiciones que los producen. Esta construcción del riesgo tampoco es evidente.

Lo que sucede en las salas de parto deja una marca, una herida que se percibe en alguna de las experiencias recogidas en las entrevistas. La sensación de cuerpo fallado, de impotencia es una de las experiencias generalizadas. Aun cuando no haya daños graves y permanentes, el parto tecnificado deja en la memoria su huella de experiencia penosa.

“Las mujeres salimos de las salas de parto con mucha energía puesta en tratar de sanar, reparar, en algo que no tenía por qué haber pasado y no tenemos energía para otras cosas entonces. Los recursos están puestos en que no se nos note tanto que estamos rotas. Es el brazo silencioso del patriarcado. Es el discurso del fallo. A mí una de las cosas que más me atterra de las mujeres cuando salen de la sala de parto es este lugar de sanar que no es tanto la intervención en sí misma, si me hicieron cesárea o si tengo 10 puntos en el periné, sino principalmente el sentirnos falladas. Es esto: yo no puedo. Y es algo que nos acompaña siempre: yo no sé, yo no puedo, yo no valgo. Esta sensación del fallo constante, de no ser suficientes, de no poder. Y el otro costado tiene que ver con el control y la autonomía sobre nuestros cuerpos, sobre nosotras mismas ¿no? esta sensación de ser un pedazo de carne. Y esos dos lugares, digamos simbólicamente contruidos en nosotras son muy funcionales al patriarcado y que es yo sienta que yo no puedo, que estoy fallada y el que sienta que realmente cualquiera tiene derecho a decirme que hacer, a intervenir sobre mi cuerpo como algo que ni para qué voy a ejercer algún tipo de resistencia si total va a pasar. Digamos

que construir ese tipo de creencias fuertes en nosotras, es muy funcional al patriarcado. Y eso el parto tal y como se está asistiendo actualmente lo construye de maravilla. O sea, las mujeres salimos con ese relato: yo no puedo y cualquiera puede sobre mí” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

En el plano de las heridas físicas se constata la indolencia por las secuelas que dejan las intervenciones lacerantes. Los desgarros, dolores y violencias son negados, tanto por las protagonistas de un parto como por los equipos intervinientes. Estas secuelas sólo pueden ser reconocidas si aparece la actuación de otra/o profesional con una mirada crítica del intervencionismo y la tecnificación.

“La voy a ver y tenía un desgarro terrible, abiertos los puntos, un hematoma en el glúteo, viste la posición ginecológica, el hematoma que tenía en el glúteo... ¡pobrecita! ¿Cómo no le iba a doler? Se largó a llorar cuando le dije Eri ¿cómo no te va a doler? Por eso yo creo que la violencia obstétrica no se ha visibilizado por años, porque nos convenía a todos. Que te cuento que cuando viene por segunda vez, iba muy bien la cicatrización, ella tenía el fantasma de la infección, que suerte que me viste, la habilité a lo que estaba sintiendo era verdadero, la habilité a que se mire con un espejo, se miró con un espejo, entendió que el hematoma que tenía verdaderamente un flor de hematoma y en cualquier cosa que ella se apoyara ... Pero hete aquí que la semana pasada le digo “voy a meter un poquito más el dedo a ver que encuentro...” (Gesto de horror, se toma la cabeza) ... Encontré un agujero, no una fistula porque no llegaba solo tocó tejido celular y músculo, pero estaba separado completamente así los cabos. Es decir, metí el dedo así (me muestra haciendo un círculo con los dedos y metiendo el dedo índice de la otra mano adentro simulando una exploración vaginal en la que el dedo en lugar de seguir por el canal se cae en una herida abierta) Metí el dedo así y adentro me bailaba el dedo. Es decir que la cara posterior e inferior de vagina se conectaba con el músculo abductor. Por eso tenía un hematoma en el glúteo... Otra cosa que me preocupa es la depilación definitiva. Mirá lo

que te digo. Estoy podrida de ver vulvas de nenas de 8 años. Mirá que voy con el discurso de mirá fijate, porque el vello por algo está. El vello está para protección de la vulva. Si está ahí una misión saludable tiene” (Sandra, lic. en Obstetricia, 57 años).

Las secuelas psíquicas son más difíciles de detectar. También de denunciar y de sanar. Para Violeta (psicóloga y activista por el parto respetado) son heridas homologables a un trauma de guerra. Es decir, algo que no se puede resolver pero que puede aprender a manejarse para sobrevivir.

“... no podemos pasar por el hospital y que pasan los años y un olor nos lleva a ese momento y que hay frases que no podemos escuchar y que muchos años después nos preguntan ¿cómo fue tu parto? y que una empieza a relatar y de pronto la garganta se te empieza a cerrar... Todos esos que son exactamente los mismos signos o síntomas de una persona que ha vivido abuso sexual o violación. (Violeta, psicóloga y activista, 41 años)

*La maternidad mutilada: la crueldad obstétrica como estrategia pedagógica*

“(...) ¿Estás haciendo una episiotomía? ¡No! ¡Estás disciplinando a una mujer! ¿Estás realmente haciendo una cesárea? ¡No! Estás apropiándote de la autonomía. Hay que poder nombrar realmente lo que están haciendo. Que realmente puedan llegar a este lugar de poder decir: “si yo te veo como una incubadora” o realmente “yo quiero llegar a que cumplas el mandato de la maternidad y todo lo demás me tiene sin cuidado...” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años)

El derecho a un parto sin violencias, con bajo nivel de intervención y la participación de las gestantes, está reconocido como un Derecho Humano inalienable. Lo ratifica la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) en su artículo 12. También la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) menciona su importancia como derechos fundamentales de mujeres y niños/as

(Linhares Barsted, 2003 en Fornes, 2011).

Además, las recomendaciones internacionales sobre la atención de parto y nacimiento están en concordancia con estas convenciones y declaraciones globales. A partir de 1985, la OMS propone la reducción del intervencionismo en gestaciones normales (OMS, 1995). Las recomendaciones de la OMS incluyen la libertad de elección informada del lugar del parto, el respeto a la intimidad, la elección de acompañantes, la libertad de movimiento y de posición durante todo el parto, el apoyo afectivo de los asistentes; la autonomía en las decisiones sobre de su cuidado. Al mismo tiempo desaconseja toda intervención o práctica que limiten o anulen lo recomendado. y desaconseja aquellas que limiten o anulen estas propuestas.” (Fornes, 2018:38)

En la Argentina en el año 2003 el informe de INSEGNAR-CLADEM<sup>57</sup> detalla las violaciones a los derechos humanos en general y a los derechos de las mujeres en particular, consagrados constitucionalmente en nuestro país, que padecen las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La crueldad como marca registrada en el trato y el incumplimiento del consentimiento informado respecto de las prácticas realizadas sobre los cuerpos constituyen los rasgos característicos que configuran la atención sanitaria. Según este informe, estas características responden a patrones culturales sexistas y no se justifican por razones de salud y cuidado.

Posteriormente, como resultado de la confluencia de investigaciones sociales, médicas y las sucesivas recomendaciones de los organismos internacionales de salud (OMS, OPS), conjuntamente con la actividad de los activismos por el *parto respetado* (en especial el de la ONG Dando a Luz), se promulga la Ley 25.5929 en el año 2004.

---

<sup>57</sup> Susana Chiarotti, Mariana García Jurado, Analía Aucía Susana Armichiardi (2003) CON TODO AL AIRE Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. INSGENAR Instituto de Género y Desarrollo - CLADEM

La Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, establece el derecho de la mujer a elegir el tipo de parto, a la intimidad, a ser tratada con respeto, a solicitar toda la información que considere pertinente, al respeto de los tiempos fisio-psicológicos, a no ser objeto de prácticas invasivas y perjudiciales; al consentimiento informado y al acompañamiento constante de la persona de su elección. El concepto de *Parto Humanizado* que le da el nombre a la ley se establece como contrapartida del parto intervenido y tecnificado al que se lo considerara como emblema de deshumanización.

Luego de más de 10 años, recién en 2015, la Ley 25.929 fue finalmente reglamentada. No obstante, se trata de una ley que no establece sanciones para los profesionales e instituciones que no la cumplan. Tampoco está debidamente difundida y tanto profesionales como gestantes o la desconocen o tienen prejuicios sobre la misma. Además, la ley no estaría funcionando como herramienta preventiva de las violaciones y malos tratos. Si bien permite identificar lo que está mal, no habilita las transformaciones deseadas.

“Aparte la queja es posterior al daño ¿no? Me hicieron una episiotomía que no era necesaria pero ya está hecha...Claro. No. Ya está hecha. Tal cual. Primero eso, voy a quejarme y no pasa nada. Ni en términos de sanción, pero tampoco pasa nada en términos de reparación. O sea, no existen previstas ni sanciones, ni existen previstas reparaciones para las mujeres. Con lo cual, esto lo que termina sucediendo es que la ley se termina convirtiendo en una guía de buenas prácticas. Que es más o menos lo que vemos. Si quiero la cumpla. Si no quiero no la cumpla. Si me apetece, si no me apetece. Si estoy de acuerdo o no, lo hago o no. Sino que además de alguna manera, lo que termina sucediendo en el nivel simbólico es que las víctimas de V.O no existen. O sea, el estado y la sociedad no te reconocen como víctima. Ni reconoce a quienes lo han hecho como ejecutores de prácticas violentas. Entonces quedamos en el vacío. Rotísimas, pero no somos víctimas en términos concretos porque no hay ni reparación ni sanción y en términos simbólicos porque es como si no existimos.

Nuevamente volvemos a quedar en ese lugar donde no existimos y que de ahí surge el Observatorio de V.O justamente” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

A más de 20 años de existencia de esta ley, los que asisten partos desde una perspectiva crítica a la tecnificación, se sorprenden de la negación de la crueldad y de su aceptación como parte indisociable de un protocolo científico.

“Porque es tan esquizofrénico que las mujeres salen de los nacimientos agradeciéndonos a los que abusamos de ellas, a los que les rompimos totalmente esa autonomía. ¡Y nos agradecen! Nos traen bombones o X cosas y nos dicen: “Gracias porque no daba más” o porque “me estaba muriendo” o “porque si no se iba a morir mi hijo”, en vez de decir bueno a ver: ¿Por qué me rompiste la bolsa? O ¿Por qué me apuraste las contracciones si yo venía perfecta en casa”? Falta desandar toda esa historia” (Francisco, Lic. en Obstetricia, 38 años).

En el año 2009 se promulga la Ley 26.485, Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, que establece tipos y modalidades de violencia. La violencia obstétrica es definida por esta Ley como una modalidad específica de violencia contra las mujeres. Establece que la violencia obstétrica es aquella que “ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Ley 26.485, 2009:3).

“Nosotras entendemos que la V.O es cultural y es política. Tiene que ver con el lugar que las mujeres ocupamos en esta sociedad, que digamos queda con mucha evidencia, muy contundentemente demostrado, en el parto. ¿No? Digamos que en el parto sucede esto y nos piden esto: es estar atadas, mirando al techo, piernas abiertas, la disposición sobre nuestro cuerpo y

cualquiera, todo el mundo diciéndonos que estamos haciendo las cosas mal, pero nosotras tenemos que sonreír y agradecer. Se nos dice que se puede poner peor... si seguís así” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años)

Según Valeria Fornes (2009, 2010) la violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el solo hecho de serlo... Se trata de una violencia silenciada, aceptada y justificada por la sociedad y las instituciones y también por sus víctimas, mujeres que son insultadas, maltratadas, agredidas, engañadas, infantilizadas en centros médicos, normalmente durante el parto, pero también en el embarazo y el posparto... La formación médica impone la patologización del embarazo y el parto (y presenta estos contenidos desde el estatuto de verdad científica indiscutible). La formación además lleva implícita una carga patriarcal que repercute en la práctica profesional. No se respeta la fisiología del parto porque se considera que hay que controlarla, normalizarla, regularla. Los programas formativos no hablan de violencia obstétrica. Lo que no se nombra no existe... Las comadronas quedan subordinadas a la patologización y transformadas en auxiliares del médico (2018: 197-203).

La violencia obstétrica se erige como una violencia de carácter estructural cuyos significados desbordan la cuestión de los derechos humanos y hunden sus raíces significantes en la prehistoria patriarcal de la humanidad expresada por el mandato bíblico “parirás con dolor”.

Además, hay otra significación de la crueldad obstétrica y que se vincula con el estereotipo de maternidad sufriente, obediente y disociada que es funcional a las sociedades modernas. Una madre víctima y victimizadora.

“Yo creo que ahí hay otro segundo sentido que es que cuanto más maltratamos a las mujeres en el parto y en el posparto, cuánto más las maltratamos, más las dejamos inoperantes, enojadas, furiosas y eso después tenemos madres sometedoras. Una madre víctima, somete. Una madre que

viene también perseguidora, neurosis... Entonces la medicina lo que está haciendo es prosperar un terreno para dejar madres anuladas porque una madre anulada no puede criar bien... No puede criar en una psiquis sana. Entonces aparece toda la gama de, me parece a mí en los años que tengo, de sometimientos. Es un caldo de cultivo. Por eso yo creo que la violencia obstétrica no se ha visibilizado por años, porque nos convenía a todos. Porque tener una madre que cría en la libertad y en la conciencia de salud y de goce, tenés otro pueblo... (Sandra, Lic. en Obstetricia, 56 años)

La violencia obstétrica también aparece como aquello que no puede ser nombrado. Además, el concepto incluye un vasto repertorio que puede ir desde el maltrato verbal y físico hasta el intervencionismo encarnizado. Es una violencia difícil de medir y de calificar. La asociación entre parto y sufrimiento actúa como una veladura que dificulta la percepción de la violencia obstétrica.

“Y la cuestión de clase se nota en la posibilidad de nombrar la violencia obstétrica. De poder decir esto que me pasó es violencia obstétrica. Lo que nosotros vemos es que la violencia obstétrica atraviesa todo. Cómo es aleccionadora y disciplinadora, ninguna nos salvamos, porque por las dudas ¿no? Lo que pasa es que en lo público la V.O se expresa más en lo que es el trato: lo humillante, lo descalificativo, lo irónico, incluso el maltrato físico. Uno escucha “me dieron un chirlo”, “me sacudieron” ... eso sucede más en el ambiente de lo público, que tiene que ver claramente con lo clasista ¿no?, a la negra de mierda puedo hacerle cualquier cosa, a la señora que paga, no. Y en lo privado tiene que ver con el exceso de la intervención. O sea, hay más cesáreas, hay más epidural, hay más, hay más, hay más... Y luego lo que también encontramos en mujeres con alta formación universitaria o académica es: “esto a mí no me puede pasar... con todos los libros que yo me leí... con todo lo que yo sé... no me puede pasar” Entonces, estos son lugares en los que se niega la violencia. Se percibe, pero se niega” (Violeta, activista, 41 años)

La justificación de eso innombrable que es percibido como algo que no estuvo del todo bien se fundamenta en la idea del cuerpo fallido que no funciona sin la ayuda experta. Si al final las vidas fueron “salvadas”, las violencias no son tan importantes. Las intervenciones se vuelven incuestionables.

“Entonces, muchas mujeres sí percibimos que las cosas no estuvieron bien, pero me salvaron la vida, salvaron a mi hijo o hija. Y nada es más incuestionable que el hecho que me hayan salvado la vida. Que es el mismo discurso que decían las mujeres hace un tiempo: “bueno el me pega porque me ama, porque es que sino yo hago las cosas mal” “Si él no me pega yo realmente no sé hacer la comida”. Como esta idea de que estamos falladas, somos peligrosas o negligentes, necesitamos de esos límites, de esos bordes, que no es otra cosa que violencia. Además, la intervención lleva a eso, efectivamente yo como mujer, escuché que los latidos descendieron, yo vi el meconio. No es solo algo que me lo contaron. Termina sucediendo. Y en ese momento ya se vuelve incuestionable. Ya nos cuesta mucho volver para atrás” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años)

#### *Parto humanizado y devenir “hippie”*

A partir de los años 60-70 del siglo XX mientras avanza la tecnologización del nacimiento, aparecen diversas corrientes que intentan recuperar el parto de tanto intervencionismo. Parto sin temor, parto sin dolor, psicoprofilaxis del parto, las técnicas de respiración y el método Lamaze, son algunas de estas vertientes (Fellitti, 2011). Si bien no llegan a contrarrestar la tendencia intervencionista, se constituyen como antecedente.

“Yo aprendí de la vieja camada, de esa camada, de esas parteras. Por ahí después devino un poco la intervención y entonces la mejor partera era la que más interviene, la que saca los partos, obviamente estamos hablando siempre de partos vaginales, pero ojo a cualquier precio...pero iban. Entonces empezó a virar y después de eso empezó a ser como una especie de secretaria, con este abuso de poder, con la de “preparámela para esta

ahora”, “tenela así”, “mentile”, “condicionala” ... Ahí también lográs poner a una partera en un lugar más pasivo... yo leí todos los textos que circulaban por la facu que señalaban esta subordinación de las parteras y por eso creo que los roles con los que uno crece como partera, te marcan” (Francisco, lic. en Obstetricia, 38 años)

En las trayectorias profesionales que se recogieron en la presente investigación, quienes mantuvieron una posición crítica tanto respecto de la subordinación de las parteras como del intervencionismo, en algún momento comienzan a cuestionar las prácticas impuestas y a implementar alternativas, pero desde la clandestinidad.

“Una vez lo que tuve que hacer... porque había drogas que eran narcóticas y eran inyectables, intramusculares y como está toda esta cadena de metele, metele, metele, pero también es como decir inyectáale opio a una mujer que está pronta por parir, no es que es inocuo, entonces me indican que le inyectara un derivado de opio a la mujer, que era como decirte no sé el quinto hijo, era al pedo además, como ni siquiera la capacidad de discernir bueno esta ponele que lo puede a llegar a necesitar, pero esta mujer estornudaba y se le escapaba el pibe... Entonces me mandan a inyectarla y eso ya era más difícil de dibujar. Entonces le dije a la mujer que se diera vuelta y que mirara para el otro lado y le tuve que clavar una aguja, que era sólo te clavo la aguja y te la saco para que quede la marca. No le puse narcótico, pero la tuve que pinchar y vos decís ¡estas imbecilidades! ... pero bueno así empecé a experimentar. En vez de que esté acostada, sentáte. Andá al baño en vez de ponerte la chata. Y ahí empecé a hacer pruebas. En la residencia viste que son varios años, después ya sos residente superior, entonces estaba como más sola de a momento o como yo arriba de otra, entonces empecé a hacer cosas de lo que se describía en los libros de partería espiritual. Cómo dar vuelta un bebé de cola. Cómo atender un parto sin cortar una vagina. Pero después se empezaron a dar cuenta. Entonces una vez me hicieron cortar a una mujer después del parto. Como yo no la había cortado en el momento del parto, la tuve que cortar después del parto.

Porque era así: en el parto todas las vaginas se cortan y esta también”  
(Marina, lic. en Obstetricia, 43 años).

Los espacios de formación académica también pueden ser una ocasión de encuentro con otros paradigmas. Ya sea por la vía de la asistencia a congresos sobre el tema o bien porque existen dentro de las instituciones profesionales que trabajan de manera diferente y con buenos resultados

“Y bueno, voy al congreso este y yo digo ¡es esto! ¡yo sabía que era otra cosa! Entonces como hablaba bien inglés me le acerco y me le abrojo así y ah... Entonces le pregunto a la canadiense si sería posible hacer una rotación o una pasantía por allá y me dice que sí... le empiezo a contar posta lo que era ser partera en Argentina, la V.O, las estadísticas, que era todo lo opuesto a la presentación de ella y cómo se desempeñan las parteras allá. La mina abría los ojos y no lo podía creer. Decía ¡están en el 1700! ... más o menos... era como la edad media... No podía creer las episiotomías. No podía creer las mujeres acostadas pata para arriba” (Marina, Lic. en Obstetricia, 43 años).

Luego la vuelta a la realidad institucional implica un camino de obstáculos que se presentan como inamovibles. Pero el hecho de conocer otras versiones de la atención obstétrica constituye una marca biográfica y profesional.

“Entonces vuelvo de Canadá y me vuelvo a sumergir en la Argentinidad... estuve muy bajoneada mucho tiempo... lloraba... me escondía en el baño, lloraba y me lavaba la cara, decía esto es un desastre y por otro lado sigo como formándome autodidacta en cómo atender partos sin goteos, cómo atender partos sin episio y me agarraba de estos libros en inglés y empecé a hacer pruebas y experimentaciones. Entonces claro, empecé a ver que pasa si no le pongo oxitocina sintética... pero viste que todo esto en el hospital... pero sin que nadie supiera. Entonces como en los sueros (en el sachet) uno escribe como que sí que tiene drogas... yo ponía como que todos tenían, si,

si, si y las mujeres parían igual” (Marina, Lic. en Obstetricia, 43 años).

Conocer otras experiencias que recuperan saberes y prácticas obstétricas olvidados, renegados, reprimidos, inciden en la construcción de desobediencias respecto de la posición médica hegemónica. La aparición de las normativas legales como la 1.040 de Ciudad de Buenos Aires y posteriormente la Ley 25.929 de Parto Respetado, van a legitimar la discusión frente a las intervenciones innecesarias, el autoritarismo institucional y la deshumanización del nacimiento.

No obstante, la importancia de la Ley 25.929, que luego se potenciará con la inclusión de la violencia obstétrica como uno de las modalidades de violencia contra las mujeres de la Ley 26.485<sup>58</sup>, la realidad institucional y el poder consolidado en dichos espacios, desconocen las normativas y amenazan a quienes insistan en su cumplimiento. Tanto las leyes protectoras de los derechos de las gestantes, como las prácticas no cruentas, pero practicadas en la clandestinidad, constituyen para quienes deciden ir en estos sentidos, una fuente de problemas con la autoridad institucional, que puede derivar en un peligro real. Amenazas que como se puede leer en el párrafo subsiguiente tienen una clara connotación de agresión sexual y de muerte sin veladura alguna.

“Lo que les molestaba es que yo le contaba a la gente que tenían derecho a estar acompañadas. No sólo estaba la Ley de derechos del parto y nacimiento, que era la 1040, creo que sigue existiendo, en CABA, que hablaba de acompañamiento, en todo momento y además estaba la nacional, la 25.929. Entonces ahí me citaron, me dijeron que iba a terminar en la Antártida atendiendo a los pingüinos si seguía así pero después eso me valió perder muchos cargos porque de verdad eso se cumplió. O sea, a mí me

---

<sup>58</sup> La violencia obstétrica está definida en la ley 26485 (De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que desarrollan sus Relaciones Interpersonales) como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25929”.

pidieron como jefa e instructora en otras residencias nuevas que se abrían y me quitaron la posibilidad de concursar. Después me amenazaron. Me dijeron que iba a terminar con la muerte de la botella, con el culo roto en un baldío...” (Marina, Lic. en Obstetricia, 43 años).

La interpretación de un nacimiento no medicalizado como un evento característico del movimiento hippie fue un emergente del trabajo de campo. Las etapas más críticas de imposición de imaginarios mecanicistas sobre el cuerpo gestante y en situación de parto coinciden con momentos de crisis de acumulación de capital, con etapas de predominio neoliberal en la política económica global: continuidades entre cuerpo y territorio. Las tramas imaginarias que operan sobre la construcción social del cuerpo y sobre lo real

“Hippie” es aquel que introduce algún cuestionamiento sobre el orden instituido, las normativas, los protocolos. Aquel que restaura una libertad del cuerpo que se había perdido. Desde dentro mismo de la práctica médica emergen hippies justamente entre fines de los años 50 y hasta fines de los años 80.

“...en mi hospital había un médico, el único, con el cual yo me quedé en el último año, que era el “hippie”, que obviamente todo el mundo lo bastardeaba porque no ponía sueros, porque no hacía episiotomías rutinarias y bueno yo me empecé a copar con todo eso. Porque a mí me... el hecho de estar cortando porque sí... y después suturando... suturando por capas... eran horas. No le veía el sentido. Más cuando me enteré que había evidencia científica a favor de no hacerla. Pero bueno, entonces ahí ya empecé a ser del bando de... la hippie... la hippie porque no quería hacer episiotomías, porque me parecía que la mujer podía pujar en cuclillas... porque había muchas bolivianas en el (hospital) A... y bueno había una guardia dónde se podía parir más o menos bien. Después yo el último año me quedé ahí en esa guardia y me especialicé en el parto normal, fisiológico, con libertad de movimientos, sin suero y obviamente siempre perseguidos porque si algo

salía mal en cualquier guardia estaba bien, pero si algo salía mal en la guardia (humanizada) era por culpa de que no tenía suero o porque no le habías hecho la episiotomía a tiempo o porque bueno... lo de siempre... y no era que teníamos malos resultados, para nada... A mí me re contra marcó eso. Y yo muchos años adentro de mi cabeza (lo escuchaba) porque él decía que para no meter la pata no hay que meter las manos. A mí eso me re quedó y siempre encaraba las cosas como pensándolas por él, como que lo tenía incorporado como maestro. Bueno, a lo largo de la residencia a mí me molestaba mucho que me dijeran hippie... porque no era un tema de hipismo... había evidencia científica de mi lado... o sea tenía que ver con no maltratar a las personas y con trabajar de otra manera que a mí me daba mucho más placer y tenía a las mujeres más contentas y me parecía que era tan injusto que era como que siempre quise ponerles la tapa con algo. Era siempre, de alguna manera, algo voy a hacer con esto... no sé qué voy a hacer, pero algo voy a hacer” (Claudia, médica, 57 años).

Se identifica como actitudes “hippie” todo aquello que cuestione el orden impuesto, aun cuando las prácticas no invasivas estén respaldadas por evidencia científica. Además de esta evidencia científica, las prácticas “hippies” también están respaldadas por las recomendaciones de las OMS desde fines de 1980 y en nuestro país desde el año 2005 con una Ley Nacional, la 25.929, que luego será reforzada por la 26.485. Entonces ¿qué significado tiene esta categorización? ¿Por qué se estigmatiza como conducta rebelde y contracultural al conjunto de procedimientos que basados en investigación y evidencia científica, respaldados por recomendaciones de organismos internacionales de salud y luego por legislación acorde con la protección de los Derechos Humanos, proponen un protocolo saludable, no iatrogénico y tecnológicamente apropiado de atención del parto?

Y de hecho el libro maestro con el que se comienza a difundir la partería como un arte ancestral de mujeres y comunidades es el de Ina May Gaskin, “Partería Espiritual” quién desde los años 70 del siglo XX se ha

dedicado a la práctica y la defensa del nacimiento humanizado y por fuera del ambiente hospitalario. Actualmente podemos decir que el movimiento de partería iniciado por Gaskin es parte de la propuesta hippie de la época. Una de las licenciadas en obstetricia entrevistadas llega a este libro a partir de una colega de Canadá que realiza una pasantía en Buenos Aires. Este hecho fortuito ilustra cómo desde el sistema de formación de las residencias se producen estos encuentros paradójales y cuestionadores.

“Entonces le pregunto a esta flaca (una colega de Canadá) pero uds. ¿de qué libros estudian? ... ese libro sigue vigente y se conoce como la Biblia de las parteras... y la biblia del parto natural y bueno cuando me llega me voló la cabeza porque hablaba de sexualidad en los partos, porque hablada de mujeres que empiezan a auto asistirse y a asistirse entre ellas ...bueno, pero tenía que ver con toda la *revolución hippie* que también metía cosas de género y de derechos humanos...El libro se llama “Partería Espiritual”. Está en PDF. Yo lo traduje” (Marina, lic. en obstetricia, 43 años)

Esta trama contextual de significaciones en torno al nacimiento, la gestación, la reproducción y la sexualidad, implica la necesidad de trabajar en capacitación permanente con los equipos de salud como intento de revertir los efectos que produce tanto la larga historia transmitida como el adiestramiento recibido en la formación profesional. Así, los profesionales de la salud que abordan el nacimiento como un evento saludable de la sexualidad humana se ven en la necesidad permanente de sensibilizar a colegas y estudiantes. El aprendizaje sigue muy ligado al control de riesgos y a la detección de patologías y su resolución. Y las posiciones poco intervencionistas, es decir que no propicien un manejo activo del parto, son consideradas moralmente como vagancia.

“Nosotros formamos parte de la sensibilización de los profesionales que trabajamos ahí (en la facultad) y se decía: en la Maternidad Estela de Carlotto (MEC) no se hace nada. En la MEC esperan... duermen... son vagos... son *hippies*...no hacen nada. A mí me han llegado a decir (las alumnas) pero Fran ¿cómo aprendo?... yo quiero ir a un lugar dónde no sé

pueda hacer tactos así, cortar, poner, conducir, dirigir... (Francisco, Lic. en Obstetricia, 57 años).

### *Las experiencias penosas como camino: Devenir doula*

¿Qué es una doula? El término doula que desde hace varios años se viene popularizando entre mujeres de sectores medios urbanos proviene de la antigua Grecia dónde era utilizado para nombrar a la esclava que acompañaba a las mujeres nobles en el proceso de gestación, parto y puerperio. Este concepto, que hoy define una especialidad de apoyo emocional y físico a las gestaciones y partos, fue introducido en 1974 por la antropóloga estadounidense Dana Raphael<sup>59</sup> que fue discípula de Margaret Mead y junto a la cuál creó The Human Lactation Center en la ciudad de Connecticut.

La palabra Doula fue utilizada por primera vez en la disertación de su tesis doctoral “The Tender Gift: Breastfeeding” (1966) para definir a aquellas mujeres que proporcionan compañía y apoyo emocional durante la gestación, parto y crianza.

Sus investigaciones aportaron información clave para vincular la epidemia de mortalidad infantil en países del tercer mundo y el uso de leche en polvo Nido de la compañía Nestlé, básicamente por dos causas deletéreas. En primer lugar, por el uso de agua no potable (la única disponible en entornos de exclusión) y además por la dilución excesiva de la leche para que rinda más, factor también condicionado y agravado por la mercantilización de la lactancia en contextos de extrema pobreza<sup>60</sup>.

---

<sup>59</sup> New York Times, *Dana Raphael, Proponent of Breast-Feeding and Use of Doulas, Dies at 90* by Sam Roberts, 19 Feb. 2016.

<sup>60</sup> Darby, Alexis, "[Dana Louise Raphael \(1926–2016\)](https://hdl.handle.net/10776/13062)". Embryo Project Encyclopedia (2018-05-16). ISSN: 1940-5030 <https://hdl.handle.net/10776/13062>

En nuestro país la presencia de las doulas y los diversos espacios de formación que fueron apareciendo se puede vincular al contexto social en el que formula, promulga y reglamenta la Ley 25.929 conocida como Ley de Parto Respetado. Esto es entre los años 1999 y 2015 ya que si bien la Ley se sanciona en el 2004 como consecuencia de una intensa movilización en los años previos y su reglamentación recién sucede en 2015. Cabe señalar que en la actualidad la eficacia de la Ley 25.929 para proteger los derechos de gestantes, recién nacidos y grupos familiares sigue siendo muy baja y su sola mención puede ocasionar situaciones de violencia hacia quienes reclaman su protección.

Aclarados estos aspectos acerca del significado de la palabra doula, vamos a entrar en el análisis de las entrevistas en las que aparece el término y sus implicancias como factor de transformación de experiencias de parto traumáticas en situaciones vitales y en la inscripción del proceso E-P-P como situación social que trasciende el significado biologicista e individualista predominante desde la concepción medicalizadora.

Para el segundo parto, Pepa ya se había transformado en doula y conectado con un mundo de redes extensas de cuidado que no encontró en la experiencia anterior. Su ingreso al universo del doulaje se produce a partir de las dificultades para amamantar luego de la salida del sanatorio. Pronto se encuentra replicando lo aprendido entre sus amigas y decide formarse como doula.

Su formación como doula es realizada en varias instituciones. En ellas se introduce en el arte de la partería tradicional y otros modos de pensar-actuar el nacimiento. También realiza sus prácticas profesionales en un hospital del municipio vecino a su lugar de residencia en el conurbano norte y es testigo de situaciones de extrema violencia obstétrica que allí suceden.

“En el hospital empecé a ver cosas horribles, cosas muy tristes. Salía del hospital con la satisfacción de haber puesto un granito de arena. De haber ayudado a una mujer y para mí eso era un montón. Y ahí terminé de visualizar lo que es parir en una institución y pensar que barata la saqué. El horario restringido de neo es algo horrible. Los padres deben poder entrar y salir cuando lo deseen. Entrar a neo y un silencio. Los bebés todos dormidísimos, la estufa al palo y todos ahí peleándola si quedarse o no. Una adolescente había tenido un parto y había muerto el bebé. -Allá está la pendeja- te decían los médicos cuando entrabas a la sala y te acercabas y la piba estaba levantándose para ir al baño con un pañal que se le caía lleno de sangre, desangrándose, casi no pudiendo caminar... ese día cuando llegué a casa no podía más... Un montón de historias (en el hospital). Una que había tenido desprendimiento de placenta con un embarazo no deseado tras una ligadura de trompas. En el mismo hospital. Todo mal. En cuanto a las lactancias es muy difícil porque no hay apoyo de neo. Finalmente lograron sacarnos del mapa y no sé si quedó sin asesoras el hospital o quedó otro grupo. Al poco tiempo empecé con la gestación de Vito y no pude retomar en el hospital”. (Pepa, doula, 26 años)

May tiene 34 años al momento de la entrevista. Es docente de nivel medio y se transforma en doula luego de su primer parto, experiencia en la se sintió ajena, desconectada de su cuerpo y sola ante el dolor y la incertidumbre. Esta situación oscilante entre el desconcierto ante el proceso fisiológico, el temor a lo desconocido, la falta de experiencias cercanas que actúen como soporte emocional biográfico y el ingreso demasiado temprano a la clínica inciden en que el desenlace sea quirúrgico y el parto se produzca por cesárea. Sufre de angustia puerperal y descubre en terapia que el modo en que sucedió el nacimiento de su primera hija está relacionado con la sensación de duelo e impotencia que experimenta. Es entonces cuando decide realizar una formación de doula y esto transformará su vida personal y profesional. Actualmente es su ocupación principal. Acompañar gestaciones y partos fue para ella la manera de superar ese extraño duelo por no haber podido parir cuando no había ninguna causa fisiológica que lo

impida excepto el miedo.

El miedo es un elemento común en las personas que May como doula acompaña, una emoción que predomina y que a nivel imaginario se alivia con la delegación del cuerpo y sus procesos en manos de los expertos de la medicina.

En el año 2020 al miedo ya normalizado en las gestaciones y partos se le va a sumar el miedo a la violencia obstétrica en contextos de hipermedicalización por la pandemia de SarsCov2.

“Eso lo veo un montón. Miedo al dolor porque está muy asociado a lo patológico y entonces van patologizando el embarazo también y esto de poner todo en el médico y a raíz de ahí es cierto que va a aumentar la ansiedad y el dolor porque las van a intervenir mucho más, porque necesitan de esa intervención, pero entonces se vuelve como un círculo vicioso. Y el año pasado me pasó mucho que me lo dijeran literalmente en contexto de pandemia, que le tenían miedo a la violencia obstétrica porque se recrudeció mucho en la pandemia. No es que no existía, ni que era baja, pero ahora (en pandemia) es peor. Y el año pasado (2020) varias mujeres me dijeron”  
(May, doula, 34 años)

Entonces a los temores asociados al parto producto de una enajenación cultural de larga data sobre el propio cuerpo y sus procesos sexuales en los últimos tiempos se le sumó el miedo a experimentar un recrudecimiento del intervencionismo deshumanizante en el parto por la pandemia. Respecto a qué significa ser doula May nos cuenta:

“Las doulas acompañamos distintos momentos de la sexualidad de las personas. La más conocida es acompañar la gestación, el parto y el puerperio. Después hay otras que acompañan la menarquia, la menopausia o plenopausia, los duelos gestacionales, los abortos. Es un concepto muy antiguo el de doula. Acompañar a la mujer durante, más que nada en el momento del nacimiento. Y ahora se acompañan los distintos momentos de

la vida sexual. La doula es sostén. Lo que significa es eso: sostén. Particularmente a mí me gusta acompañar gestaciones y nacimientos. Pero también depende de la formación que cada una haga y el recorrido que cada una haga como doula. La formación inicial está más centrada en la gestación, el parto y el nacimiento. No es una formación formal. No es algo académico. No se nos reconoce como personal sanitario. No se nos reconoce como agentes de salud. No tenemos habilitación, ni matrícula, ni nada. Hay diversas formaciones y son muy diferentes. A veces acompañan con información científica y otras con más de tipo empírico, pero no estamos facultadas para ingresar a un equipo de salud. En el hospital Austral hay doulas en los equipos, pero son doulas que tienen otra profesión de base, son enfermeras o trabajadoras sociales. Y doulean, pero para poder contratarlas el hospital necesita que tenga una profesión de base dentro del ámbito de la salud. Hay una que es fonoaudióloga. Creo que tiene que ver con la cuestión legal. El Hospital de Morón también trabaja con la Asociación Civil de Doulas Comunitarias, pero como voluntariado, de hecho, yo trabajé así. A la ACDC le habían pedido articular con un hospital de San Martín y también hubo un intento en un hospital de La Plata, pero todo como voluntarias” (May, doula, 34 años)

En este texto podemos apreciar varias cuestiones. Por un lado, la poca legitimidad institucional y profesional de las doulas, lo cual implica dificultades de ingreso a los centros asistenciales, estigmatización, rechazo y prejuicios desde gran parte de los profesionales de la salud certificados. También esto incide en las posibilidades de acceder a los servicios de una doula, ya sea porque todavía no es un oficio tan difundido y fundamentalmente porque su contratación es de índole particular, es decir no tiene cobertura de obras sociales o de medicinas prepagas. Sin embargo, tanto en esta entrevista como en otras realizadas en la presente investigación, se menciona la existencia de cierta inserción institucional en hospitales públicos o privados, aunque todavía como una situación marginal y excepcional. También encontramos profesionales de la salud que ya trabajan en instituciones de salud y que aportan sus formaciones como

doulas y puericultoras. Pero incluso en estos casos en los que existe un aval legitimado la inserción es marginal y precaria, en ocasiones casi clandestina, ya que los niveles directivos recelan de incorporar estos saberes. Este recelo puede obedecer a varias cuestiones, entre las que cuenta la formación académica que como se sabe responde al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992) y a una tecnocratización de la medicina cada vez más profunda y deshumanizante. Los saberes no hegemónicos son sospechados de hippismo, curanderismo y brujería, conceptos que durante el trabajo de campo tomaron el cariz de “conceptos nativos” ya que los encontramos tanto en los relatos de profesionales y gestantes como en comentarios surgidos en el marco de los talleres de tesis por docentes y compañeros de cohorte. Lo que denota las dificultades para aceptar prácticas y teorías que no se ajusten a una racionalidad legitimada desde una posición tecnocientífica hegemónica.

Acerca de la inserción institucional de doulas y sus beneficios existe bibliografía que respalda los aportes de estos nuevos / viejos saberes y prácticas (Valdés y Morlans, 2005; Campiglia, 2017) que proporcionan datos relevantes sobre las ventajas del acompañamiento de una “doula” en el parto tales como : menores tasas de cesáreas y fórceps, menor uso de analgesia y anestesia y menor duración del trabajo de parto, mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima, menores tasas de depresión postparto, mejor apego madre hijo y mayores tasas de lactancia materna exitosa.

El trabajo de acompañamiento de una doula implica interiorizarse con aspectos biográficos profundos de sus acompañadas que van más allá de la gestación y que involucran desde el propio nacimiento, el desarrollo sexual, los ciclos menstruales, la vida sexual, las primeras experiencias sexuales, los partos previos si los hubiera, la relación con las madres. La propia experiencia de gestación y parto es uno de los rasgos más significativos de la elección vocacional de las doulas.

“... no estaría hoy acá si no me hubiera pasado ese no-parto, digamos, la cesárea de mi hija... que no fue necesaria por temas de salud porque las dos estábamos bien, por suerte. Fue necesaria para mí porque necesitaba romper con un montón de parámetros, trabas... para empezar a romper, porque yo creo que voy a estar rompiendo toda mi vida. Así como a mí, que no todas van a terminar siendo doulas, pero a veces la gestación, los 9 meses no alcanzan para resolver todas las trabas que tenés en tu vida. Hay algunas que a partir de ahí dicen “ché yo estaba tomando anticonceptivos, que raro lo que estaba haciendo” otras no, quizás lo hacen después o quizás nunca y vuelven a tomar el anticonceptivo después de que tienen a sus hijos. Algunas sin ningún registro de su cuerpo tienen unos partos increíbles y lo transitan con una felicidad y hasta sin intervenciones. No necesariamente es conectar con su cuerpo, porque hasta han parido mujeres en centros clandestinos de detención con picanas. Pero tampoco poner la presión de tenés que conectarte con tu cuerpo y tu sexualidad porque si no vas a poder parir... Hay en este mundo del doulaje y de las terapias holísticas, esto de que tenés que conectarte y eso es otra presión y otro mandato que le ponés a esa persona que te mira y dice “¿dónde está el cable para conectarte? Hay muchas frases poderosas que son muy violentas: tenés que conectarte. Tenés que soltar. ¡Qué carajo! ¿Cómo suelto? ¿Dónde está eso? Cuando sos una persona muy racional y en este mundo de hoy casi todes somos muy racionales, muy mentales, eso es imposible. ¿Cómo mierda hago? ... Y necesito del médico porque yo no puedo o necesito de la doula y tampoco tenés que necesitar de la doula y tampoco te puedo garantizar que vas a parir fantásticamente. Pero mi intención es ir sosteniendo lo que cada persona puede” (May, doula, 34 años).

La marca de la propia experiencia y al mismo tiempo la conciencia de la resonancia de las experiencias de las otras personas y la responsabilidad de no ser autorreferencial y de no forzar lo imposible desde mandatos new age que terminan siendo autoritarios y se transforman en nuevas normatividades contrahegemónicas. En los relatos de doulas y acompañantes la propia experiencia se revela como condicionante y como

lente por el cual apreciar la complejidad de los procesos de gestación y parto.

Además, existen diversas corrientes dentro del mundo doula. Doulas feministas, doulas transfeministas, doulas esencialistas de la femineidad, doulas comunitarias, doulas fashion, doulas brujas, doulas hippies, etc. Un abanico enorme de grupos bien diferentes con rasgos característicos de acuerdo a posiciones ideológicas o de clase.

“Hay doulas feministas. El binarismo está muy presente. Algunas son tan feministas que no sabemos si son transodiantes o no. No lo sabemos. Hay mucho feminismo. El feminismo rompe todo. Feminismo de lo sagrado femenino. Y hay mucho de acompañar a la mujer y a su bebé... esas son las naif para mí no? Mamá - bebé y lo “rosa”. Y después están las doulas brujas, estas de lo holístico. La que yo me formé tiene un perfil más bajo y quizás es más activista política en asociacionismo, tenía un perfil político y apoyaba la IVE. Sonia Cavia y Melina Bronfman eran de Doulas de Argentina no existe más, ahora es Fecunda Doula. Después está Amar Útera, que son algunas del hospital y están en Asociación Civil de Doulas Comunitarias, pero es otro proyecto independiente. Después están las doulas naif que son las de Natal, que empezaron con la formación virtual hace mucho tiempo y en ese momento no tenía ningún sentido porque lo vivencial es lo central. Y no conozco a nadie que haya hecho esa formación que le haya dado mucha... están todas en tetas... Después están Guardianas del Origen, Amazonas Recuperando el Fuego... ahora hay un montón”  
(May, doula, 34 años)

En los últimos 20 años en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano asistimos a una proliferación de agrupaciones de doulas, centros de formación y acompañamiento. Suponemos que es una tendencia que involucra a las grandes ciudades de la Argentina, un fenómeno urbano. El rasgo común de todas estas corrientes del doblaje se encuentra en el acompañamiento cuerpo a cuerpo con las personas gestantes, con el

compromiso emocional puesto en juego, con los saberes y prácticas que no circulan en ámbitos académicos u hospitalarios y que se han perdido de la memoria popular.

En términos conceptuales, el universo doula presenta un rescate de saberes y prácticas tomadas de diversos universos culturales y esto puede estar relacionado con el contexto de surgimiento de la doula en el marco de la antropología cultural norteamericana en los años 70. También encontramos un énfasis en las singularidades de los cuerpos que pueden gestar, parir y amamantar, lo que se relaciona con el feminismo de la diferencia que revaloriza los saberes femeninos, propone rescatar la maternidad y la crianza, la lactancia prolongada, el parto fisiológico como experiencias centrales en la vida de las mujeres. Tanto el culturalismo como el feminismo de la diferencia son coincidentes en el nacimiento de la profesión de doula. Ambas corrientes revalorizan saberes denostados por la hegemonía civilizatoria moderna, saberes y prácticas denigradas por “salvajes” o “instintivas”, como el parto domiciliario, la lactancia prolongada, las técnicas de partos de pueblos indígenas o no occidentales y la crítica a la tecnificación del nacimiento, la medicalización de la sexualidad y la artificialidad de la alimentación con sucedáneos de la leche materna, o sea con leche de vaca en polvo y con biberón. No es casual que haya coincidencia epocal con el surgimiento de la “Partería Espiritual” de Ina May Gaskin. Si bien se trata de entornos muy diferentes, el ámbito universitario de Connecticut donde se mueve Dana Ralph y la caravana de mujeres que recorre las zonas rurales de Tennessee, hay coincidencia en los cuestionamientos a lo establecido y la crítica a la deshumanización de los nacimientos y las crianzas. También una catalogación descalificante como propuestas “hippies”, categoría de clasificación que aún perdura. Para esa época en la Argentina está el auge de los cursos de psicoprofilaxis obstétrica, de parto sin temor, de parto sin dolor basados en los métodos de Lamaze y Laboyer que enseñan a responder al estímulo doloroso con técnicas de relajación y respiración. Paradójicamente como señala Felitti (2011a/2014) estas técnicas de psicoprofilaxis obstétrica van a coincidir con

los nacimientos en centros clandestinos de detención, la tortura a embarazadas y en el parto y la apropiación de bebés por parte de la dictadura militar (1976-1983) momento que también se caracterizó por la persecución a las comadronas campesinas o indígenas según relatos recogidos en los conversatorios y jornadas que integran el trabajo de campo de esta tesis. Al respecto es importante resaltar que la persecución a comadronas populares es un rasgo típico de las políticas de endeudamiento con entidades como el Banco Mundial o el FMI ya que entre sus condicionamientos imponen la modernización de la atención sanitaria y la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil. Para el logro de tales metas los países en vías de desarrollo deben cumplir objetivos de medicalización de la atención obstétrica y neonatal que en general se basan en prohibiciones y persecuciones de los saberes legos. Esta tensión persiste actualmente, en especial con población perteneciente a pueblos originarios y con las personas que reclaman ser atendidas en base a las normativas legales vigentes que protegen los derechos humanos de gestantes, recién nacidos y sus familias.

Como podemos ver existe un entramado de relaciones de poder que atraviesa los cuerpos gestantes, la reproducción, la sexualidad y la vida. En esta relación hay una disputa por los saberes, por las prácticas y se expresa desde los niveles más encarnados de los cuerpos.

Las experiencias personales en gestaciones y partos funcionan como un disparador de ingreso al mundo del acompañamiento que además implica la construcción de redes de solidaridad entre mujeres desde posiciones críticas a los mandatos sobre maternidad y crianza.

Mariana también devino doula luego de la experiencia dramática del primer parto de gemelos en el que le provocan daño cerebral irreversible a uno de ellos.

El bebé muere luego de seis meses de internaciones y padecimientos. Mariana en pleno duelo por este trauma hace un curso de

porteo y allí se introduce poco a poco en el mundo del doblaje. Realiza varias formaciones y actualmente acompaña gestaciones y trabajos de parto. Es experta en medicina placentaria, una especialidad que recupera la integración de la placenta como alimento y elemento ritual post parto.

“Yo las acompaño en la casa. Eso es algo que se va pactando con la familia. Es parte de la construcción del nacimiento de cada familia en qué momento ir a la clínica. Hay familias que necesitan estar temprano en la clínica, aun sabiendo que estar temprano les da tiempo de meterse mano, pero es algo que yo hablo abiertamente con las familias. Yo nunca le voy a decir a una familia cuando irse. Cuando la mujer me diga me quiero ir yo le voy a devolver eso como pregunta ¿te querés ir o preferías quedarte un ratito más? Si veo que está muy pronta la partida les digo me parece que podemos esperar un ratito más, pero si la familia se quiere ir se va. Yo acompaño el traslado y luego me quedo esperando en la clínica hasta que me digan ya nació y está todo bien. Generalmente cuando acompaño así también me llevo la placenta” (Mariana, doula, 31 años).

Las doulas también acompañan los partos domiciliarios. En estos casos trabajan en equipo con los profesionales de la salud involucrados, ya sea parteras/os o médicas/os. Cuando acompañan partos domiciliarios permanecen todo el tiempo que sea necesario hasta que se produce el nacimiento, lo cual puede durar varios días.

“La familia que lo tuvo en domicilio quiso que yo estuviera desde el principio. Fue una inducción en casa y la inducción en casa es con Misoprostol. La inducción con Misoprostol es... nada que ver con la de oxitocina. ¡No sabés! Le dieron un octavo de pastilla, arrancó suave como si se hubiese desencadenado solo... estuvo toda la noche y todo un día de descanso. Le dieron otro octavo más para ver si se instalaba y ahí se instaló el trabajo de parto y continuó. Una maravilla. No te enterás que es una inducción (Mariana, doula. 31 años)

La alquimia placentaria es una de las prácticas más recientemente

incorporadas al acompañamiento de las doulas. No obstante ser una tradición milenaria en casi todas las culturas existentes fue desapareciendo como consecuencia de la persecución y estigmatización de las comadronas. Los rituales placentarios tienen connotaciones nutricionales que ayudan a la recuperación física postparto, en especial por el aporte proteico y de hierro. También tiene connotaciones simbólicas como cierre ritual del nacimiento.

“...cuando hice el curso de alquimista de placenta aprendí a procesarla. No más que eso. Cómo hacer las cápsulas, cómo hacer el deshidratado, cómo hacer esto... me dijeron que era un evento sagrado y que yo tenía que ir con mucho respeto a esa situación, pero no mucho más que eso. Y después hubo un montón de cosas que fui aprendiendo sobre patologías de placentas. Cuando se puede hacer. Cuando no. En qué situaciones... Para mí es realmente mágico. Me pasan cosas mágicas alrededor de las placentas. Es lo que me hizo ver que mi camino de acompañar tiene más que ver con las placentas” (Mariana, doula, 31 años).

Lucrecia es puericultora universitaria, experta en lactancia materna y cuidados neonatales. Tiene una inserción institucional en un reconocido Sanatorio de la Ciudad de Buenos Aires. Su elección vocacional está anudada a lo biográfico y a la connotación que tuvieron las gestaciones y partos en su familia materna.

“En lo personal mi historia con mi trabajo empieza antes de mis hijos. Tengo una familia con muchos hermanos y a mi mamá le gustaba mucho parir. Le encantaba parir. No tanto criar. Ella decía si no fuera que te queda el chico (risas) hubiera tenido mil partos. Entonces, el último me salió perfecto, como yo quería, sin que me toquen. Así te cuenta los partos mi mamá. De más invasivos a menos invasivos como ella fue logrando que le respetaran su deseo, como se iba plantando, el obstetra era siempre el mismo. Iba negociando. Yo de chiquita para mí era un mundo fascinante. Yo soy segunda y era controlar las contracciones y además estaban mis tías y había como mucho parto alrededor y mucho relato de parto alrededor. Y

entonces eso fue algo que me apasionó cuando era chica. Yo decía que iba a ser partera... A mí lo que me gusta es laburar con las mujeres y cuerpos gestantes” (Lucrecia, puericultora, 50 años).

Lucrecia también se especializa en atención de personas trans y lesbianas. Cuando trabajó en una Maternidad pública de la ciudad de Buenos Aires. Allí tuvo oportunidad de interceder para evitar situaciones discriminatorias que suelen afectar a la población trans.

“Atendí un pibe trans en la Sardá. Llegó a la Sardá y viene una enfermera y me dice tengo una paciente para vos. Ella me dice que es chongo, dice la enfermera. Entonces voy a ver. Dulce Castro se llamaba. Castro le decían. Este pibe tiene una historia terrible. La habían dejado al nacer abandonada en un sanatorio... Cuando yo la fui a ver estaba con las tetas así de grandes y ella no quería saber nada con lo que le estaba pasando. Entonces fue conversar sobre cómo solucionábamos este problema y terminó sacándose litros de leche para su bebé que estuvo dos o tres meses internados porque era muy prematuro”. (Lucrecia, puericultora, 50 años)

En los últimos tiempos este universo de acompañantes de las gestaciones amplió sus fronteras y fue integrando diversos aspectos de la sexualidad humana, los aportes de los feminismos, la importancia de construir redes de cuidado compartido (tribus) para suplir la soledad y el individualismo en las formas urbanas de educación y crianza. También es central el posicionamiento anti jerárquico de las doulas en el acompañamiento ya que si bien tienen saberes específicos no los imponen como saber experto, sino que comparten este saber desde el respeto por las posibilidades y la autonomía de sus acompañadas.

En este sentido, el conjunto de grupos de acompañamiento de la gestación, el parto y la puericultura que se entrevistaron para esta investigación presenta una coherencia entre el marco conceptual sobre sexualidad y parto y las teorías sobre crianza. Este marco conceptual está centrado en la autonomía de las gestantes, sus derechos, la no

medicalización, la idea del parto como un evento sexual y fundamentalmente un fuerte posicionamiento contra la crueldad y la violencia obstétrica. Lo mismo podemos decir del paradigma tecnificado de la reproducción. Las ideas de cuidado y crianza guardan correspondencia con las ideas sobre sexualidad y reproducción en cada marco teórico. No son esferas separadas. Expresan la pertenencia a determinadas cosmovisiones. El marco teórico de las doulas, parteras/os, médicas/os (no intervencionistas) y puericultoras tiene como referentes obligados a Casilda Rodrigañez, a Catherine Dolto, a Ina May Gaskin, Sheila Kitsinger, Michel Odent, Raquel Shallman, entre otras referencias. Estas autoras/es proponen a partir de marcos conceptuales sólidos y fundamentados en evidencia científica, una mirada crítica sobre la medicalización del nacimiento y la relación entre medicalización e individualismo, violencias, tecnificación de la vida y deshumanización en un mundo que necesita subjetividades alienadas, fragmentadas, dóciles y vulnerables.

### *Parto respetado y activismos feministas*

La maternidad es un tema complejo para el feminismo. Desde los años 50 del siglo XX el movimiento feminista encontró en la maternidad una de las principales causas de opresión sobre las mujeres y por eso se la rechazó de plano. Este rechazo implicó que desde el feminismo no se planteara el tema por la incomodidad, las contradicciones y dilemas que lo atraviesan. La incompatibilidad entre la maternidad y el feminismo está relacionada con el estereotipo que identifica el campo materno como un conjunto indisoluble de abnegación, dependencia y culpa.

Para el feminismo la maternidad fue un tema polémico. Y lo sigue siendo ya que en la vigencia de la división sexual del trabajo y la separación entre reproducción y producción constituye uno de los pilares de la actualidad neoliberal y ultraderechista del orden económico global. Como se repasó en el capítulo que recoge los antecedentes sobre el tema, desde los feminismos de la segunda ola la cuestión sexual y reproductiva emerge

como un tema central, con intensos debates sobre la maternidad. Desde la maternidad como “experiencia y como institución” en la propuesta de Adrienne Rich (1976) hasta las ideas de subrogar tecnológicamente la gestación, como propone Shulamith Firestone (1970) para liberar a las mujeres de la opresión patriarcal, en la construcción feminista hay voces que revalorizan la maternidad como potencialidad rebelde. Actualmente, los feminismos contemporáneos en sus diferentes vertientes (ecofeministas, radicales, liberales, populares, etc), retoman la cuestión de la reproducción y la maternidad como tema central en el que se juegan disputas sobre estereotipos, emancipaciones, derechos y autonomía sexual.

La escritora española Esther Vivas (2020) en su obra “Mamá Desobediente” cuestiona tanto el estereotipo de madre normalizada por el sistema como el de emancipación femenina a partir del rechazo de la maternidad y propone la articulación manera crítica de feminismo y maternidad como estrategia para deconstruir la perspectiva alienada de la maternidad y problematizar las violencias. La autora propone pensar la maternidad desde una perspectiva feminista, apelando a la desobediencia de lo establecido socialmente como norma. Valorar y visibilizar la importancia del embarazo, el parto, la lactancia y la crianza en la reproducción humana y social, reconociendo la responsabilidad colectiva de la reproducción desde una perspectiva emancipadora. “No se trata de idealizar ni de esencializarla, sino de reconocer su contribución histórica, social, económica y política. Una vez las mujeres hemos acabado con la maternidad como destino, ahora nos toca poder elegir cómo queremos vivir esta experiencia” (Vivas, 2020:12).

“Soy activista feminista y básicamente este tema me convoca desde el nacimiento de mi hija mayor. Hay algo ahí que a las mujeres nos convoca. El nacimiento de nuestras hijas e hijos, realmente hay algo allí, es una situación de cambio abrupto, hay un antes y un después y a mí personalmente me hizo empezar a hacerme un montón de preguntas ¿no? Hay más información que circula y se sabe más. Pero también tenemos que

desde lo que nos dicen las estadísticas cada 60 segundos nace un bebé en la Argentina y por los datos que nosotros tenemos, 9 de cada 10 de esos nacimientos van a estar atravesados por la violencia obstétrica. Entonces hay una cuestión de nunca llegar a tiempo. Porque ahora, mientras nosotros estamos hablando hay varios nacimientos y nosotras sabemos que la gran mayoría es violentado. Y lo otro que a mí me parece importante y que es la otra gran disputa que hay que darle al sistema, es que cuando empezamos a cuestionar y a visibilizar este tema, lo que se cuestiona es en términos de cantidad de intervenciones y malos tratos verbales y físicos. Lo cual, por supuesto, son dos categorías que no deberían existir, pero seguimos sin poner el foco, dónde realmente tendría que estar, que es en la garantía de la soberanía de esta mujer que está atravesando un proceso de su vida sexual (Violeta, 41 años, psicóloga y activista).

La crítica del modelo de maternidad sumisa y obediente que impone el capitalismo patriarcal permite visibilizar la medicalización de la sexualidad y la reproducción como una de las formas privilegiadas de opresión sexual y reproducción del sistema de jerarquías sexo-género. Entonces, desde esta nueva perspectiva, denunciar la violencia obstétrica no implica estar en contra de los profesionales de la salud, sino poder demostrar la extensa red de violencias legitimadas en función de la perdurabilidad de un sistema altamente jerarquizado que como señala Rita Segato (2003, 2013, 2015) escribe su mensaje disciplinador sobre los cuerpos de las mujeres.

“¿Viste ese momento que levantan la mirada y nos hacen así? (gesto con la cara como señalando la camilla) Y nosotras ya sabemos que tenemos que acostarnos en la camilla, sacarnos la ropa, abrírnos de piernas y que nos van a meter los dedos. Es una situación de indefensión loquísima ¿no? ¿En qué otro momento de la vida te desnudas así y te pones en ese lugar? Y tiene que ver justamente con el ejercicio de su poder” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

La naturalización de las violencias en el nacimiento está en sintonía con la desprotección/destrucción de la vida (no sólo la humana) que mueve la maquinaria de explotación vigente. En este sistema es condición necesaria la instauración de mecanismos institucionalizados de crueldad que hagan posible la anulación de cualquier forma de empatía con los seres vivos. Se trata pues de mecanismos expresivos y pedagógicos que Segato define con precisión hermenéutica con el concepto de “pedagogía de la crueldad” (2015, 2018).

“Seguimos entendiendo que es solamente una cuestión de una mala práctica médica y clínica en un evento médico y no lo asumimos como una práctica de soberanía y de autonomía de una mujer durante un evento de su vida sexual. Entonces cuestionamos si hay que bajar el índice de cesáreas, pero no hablamos de autonomía, no hablamos de placer, no hablamos de intimidad, de libertad y ahí es donde yo siento que la disputa es más importante porque si no vamos a tener menos cesáreas y más trato amable, pero las mujeres vamos a seguir siendo violadas y abusadas en esos procesos” (*Violeta, 41 años, activista*)

La experiencia del parto implica una marca indeleble en la biografía de las mujeres. También es una marca que se imprime sobre el carácter social del nacimiento, sobre el significado de parto y su relación incuestionable con un sufrimiento decretado desde tiempos bíblicos. En sintonía con esta significación característica de las civilizaciones, que fue capturando la potencia fértil al mismo tiempo que se desarrollaba la agricultura intensiva, el surgimiento de las primeras ciudades estado, las esclavitudes y el poder centralizado, hay una marca fundante en el mandato bíblico de “parirás con dolor” como consecuencia de la desobediencia de Eva y luego en la constitución de la era moderna el control biopolítico va a ir progresivamente profundizando la maldición hasta tornar al cuerpo gestante en una masa informe e impotente, incapaz de funcionar si no es con la ayuda de artefactos cortantes y hormonas sintéticas. Y esta actuación que se va a ir conformando a partir del renacimiento instaura una epistemología

extractivista en el tratamiento de los cuerpos, de la vida y de la naturaleza.

Por ello ninguna gestante está exenta de esto. La posición social no amerita ningún amparo porque la crueldad obstétrica es un hecho social que ratifica el carácter expresivo y elemental de dicha violencia. Y que además cuenta con la total aceptación de las personas, aceptación basada en el temor y el desconocimiento sobre nuestros propios cuerpos.

“A mí siempre me ha llamado mucho la atención como para cierto estilo de mujeres... que eres blanca, hetero, universitaria, clase media alta, como que tienes todo esto y que por alguna razón a la violencia machista más descarnada... la violencia obstétrica la entendemos como una violencia machista, una violencia misógina y como que hay un cierto perfil de mujeres a las que no sé, le han podido hacer como el quite a esa violencia más descarnada... que te dicen “no el machismo no existe, eso era en tiempos de mi abuela” y es en el parto dónde de pronto dicen “posta, el machismo existe”. Es esa tensión en el parto que incluso las hace volcarse al feminismo y que las hace realmente apropiarse que esto sigue pasando y es real. Mujeres que te dicen “yo pensaba que eso no existía, que eso era de mi abuela”, “Yo las escuchaba decir: no el patriarcado... que va ¡el patriarcado! Eso fue hace mil años y de golpe ahí lo vi y que a la otra también” Porque siempre pensamos que fue nuestra culpa y que por eso pasó ¿no? Y entonces dices “ah, sí es verdad”. Eso también me llama mucho la atención. Es una experiencia tan descarnada que... la verdad que te deja ahí” (Violeta, activista, 41 años)

### *Nuevos y viejos proyectos: Casas de parto y autonomía profesional de las parteras*

El último de los ejes significativos que surgieron en las entrevistas a profesionales y acompañantes del parto es el relativo al conjunto de leyes y proyectos de leyes sobre el tema.

Tenemos por un lado las leyes que regulan el ejercicio profesional que subordinan claramente la obstetricia a la medicina. Por otra parte, están las leyes protectoras de derechos en la atención del parto. En tercer lugar, los proyectos de leyes, como el de Casas de Parto. Estos tres ámbitos legales conviven en un escenario de tensiones y contradicciones.

Dentro del primer grupo de leyes, las que regulan el ejercicio profesional, tenemos dos marcos legales que reglamentan los alcances de las parteras u obstétricas. La primera es la Ley 17.132<sup>61</sup> del año 1967 que establece las reglas generales para el ejercicio de la medicina, odontología y las actividades de colaboración, dentro de las cuales se enmarca la obstetricia. En el artículo 51 del capítulo II, establece que “Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten”.

En 2011 se presentó un proyecto de ley modificatorio de la ley N° 17.132 que prohibía la asistencia domiciliaria. Esto motivó a las profesionales que se desempeñaban desde la autonomía profesional a formar la Asociación Argentina de Parteras Independientes (AAPI) para luchar por sus derechos profesionales. Hubo en los años subsiguientes otro proyecto de Ley tendiente a suprimir la modalidad de atención domiciliaria en 2014 que provocó una serie de manifestaciones de parteras, mujeres y familias frente al Congreso Nacional y también ante el Ministerio de Salud de la Nación. Como resultado de esas protestas el Ministerio convocó a una serie de reuniones con la AAPI para lograr elaborar un proyecto conjunto, que finalmente no se realizó<sup>62</sup>. La Ley 17.132 continúa vigente en la actualidad tal como fue redactada en 1967 y constituye el amparo legal para el ejercicio de la obstetricia por fuera de las instituciones de salud.

“También fue interesante porque llegamos, a lo máximo que se

---

<sup>61</sup> <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429>

<sup>62</sup> <https://lavaca.org/mu93/el-buen-parir/21-10-2015>

llegó fue a formar la campaña nacional “*Nosotras parimos, Nosotras decidimos*” desprendida de la campaña nacional por el aborto. En realidad, es como que nos bancaron la parada cabezas de la campaña por el aborto porque hubo como un segundo coletazo dónde vuelven a intentar sacar el parto en casa y proyectos de ley de la partería... toda esa movida fue en 2014 entonces se genera la campaña que fue brutal la fuerza que tenía y agrupaba como 4 frentes: parteras independientes, puericultoras, doulas y usuarias” (Marina, Licenciada en Obstetricia, fundadora de AAPI).

Además de esta ley, la obstetricia como profesión está regulada por la Ley de Ejercicio Profesional de las/os Obstétricas/os. Esta Ley acorde a la norma antes expuesta, regula la actividad de licenciadas/os en obstetricia, circunscribe su accionar al parto normal (no distócico) y refrenda la subordinación de esta especialidad a la autoridad médica. Cabe aclarar que la Ley 14.802/2015, es modificatoria de la Ley 11.745/1996 - de Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Entre las modificaciones realizadas, podemos subrayar la articulación con la Ley 26.485 -de Protección de las Violencias hacia las Mujeres- que considera a la violencia obstétrica como una modalidad específica de violación de los derechos humanos. La violencia obstétrica se define en la ley 26485 como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929<sup>63</sup>”.

El artículo 7 referido a los alcances del ejercicio profesional de las y los licenciadas/os en obstetricia habilita al asesoramiento para la prevención de la violencia de género, especialmente la violencia obstétrica para garantizar los derechos reproductivos conforme a la Ley Nacional 26.485.

Sin embargo, resulta llamativa la ausencia de mención de la Ley 25.929 conocida como Ley de Parto Humanizado, que, si bien estaría

---

<sup>63</sup> Ley de Parto Humanizado.

incluida en la definición de violencia obstétrica propuesta por la Ley 26.485, como entidad legal específica debería al menos mencionarse. Esta omisión de la Ley de Parto Respetado resulta llamativa y también contradictoria. Más adelante, los puntos relativos a este artículo reproducen lo establecido por la norma anterior a la modificatoria. Es incumbencia de las/os obstétricas/os: controlar y conducir el trabajo de parto e inducir el trabajo de parto según indicación médica. La mención a la Ley 26.485 aparece como un parche agregado ya que el texto siguiente replica las incumbencias, obligaciones y alcances establecidos por la norma anterior. Así, la violencia obstétrica queda como una cuestión abstracta que no se conecta con el exceso de intervenciones y las consecuencias que estas tienen sobre el parto. Se sigue proponiendo el control, la conducción y la inducción, en lugar del acompañamiento y el resguardo de los derechos de las gestantes y sus hijos/as. Lo que no se nombra no existe. Y es justamente la 25.929 una de las leyes más polémicas en cuanto a su implementación y cumplimiento desde el 2004, años de su promulgación, hasta la actualidad. Su sola mención, incluso mientras se escriben estas líneas puede poner en riesgo de sufrir intervenciones cruentas e innecesarias a quienes reclamen su existencia. Para las instituciones de salud y para muchos profesionales esta ley es percibida como cuestionadora de su accionar.

La 26.485 y la 25.929 constituyen el segundo grupo de leyes en torno a la situación del parto. Estas leyes que están entrecruzadas con las leyes que regulan la actividad profesional, resultan ser las más cuestionadas, poco conocidas en los ámbitos de la salud reproductiva y paradójicamente las menos protectoras de los derechos de las mujeres por las desigualdades situacionales (sexo-genéricas y de posición como “pacientes”) que determinan el estatus de las gestantes en un sistema social altamente jerarquizado.

Desde las deficiencias edilicias en el subsistema público de salud, hasta la hiper optimización de los tiempos en el subsistema privado, antes que los derechos propuestos por la ley 25.929 están las condiciones que

impone cada ámbito. Lo que sucede entonces es el choque entre el ideal de la norma y la realidad de un sistema deshumanizado por las precariedades en un caso y por la mercantilización en el otro. Los derechos propuestos quedan atrapados entre ambas situaciones y son vulnerados cada 60 segundos, tiempo en el que se produce un nacimiento en nuestro país.

“Y también tenemos una postura frente a la ley 25.929 muy concreta, porque la ley, si bien uno dice, es maravillosa, es verdad, está mucho más centrada en lo fisiológico ¿no?, digamos tiene mucho más apoyo en lo fisiológico en esta cuestión de la autonomía, digamos es una buena ley, pero no tiene sanciones. ¿no? Y eso configura un problema enorme. La ley está prevista para que tenga sanciones de carácter administrativo, ¿no? no puedes ir ni a lo penal ni a lo judicial. Las mujeres, digamos esto también es algo muy fuerte y nosotras decimos, tiene que ver con lo cultural y con lo político. La figura que tenemos las mujeres es la “queja administrativa”. No es una denuncia como tal. Es una queja administrativa que además tiene la particularidad de que nosotras nos quejamos y no pasa nada” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

Así las sanciones que prevé la ley (de carácter administrativo) no pueden prevenir las violaciones de derechos en el parto ya que estas sanciones se producen a posteriori de la vulneración.

Según el informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO- Las Casildas) del año 2018, sobre casi 5000 nacimientos, más de la mitad de las encuestadas no se sintieron contenidas, padecieron trato deshumanizado o fueron increpadas por llorar o gritar de dolor. Muchas mujeres lo describieron como "el peor día de su vida" a causa del ambiente inhóspito y agresivo que las rodeaba<sup>64</sup>. Este informe recoge una extensa encuesta realizada a nivel nacional de la que emergen datos alarmantes sobre el exceso de intervenciones (episiotomías, Kristellers, fórceps, cesáreas

---

<sup>64</sup> Diario La Nación 14 de mayo de 2018

innecesarias, etc) practicadas como hábito consuetudinario.

La realidad muestra esta brecha entre los derechos y las prácticas. También las dificultades de las leyes que protegen los derechos humanos cuando su reclamo es ejercido por personas en posición de subordinación histórica, como es el caso de las mujeres, especialmente en situación de parto. Si se permite la analogía la situación es comparable a la de un detenido que padece violencia policial. Sus derechos están siendo claramente violados, pero ¿qué sucedería si el detenido menciona las leyes que protegen su integridad frente a los abusos policiales? Es una paradoja interesante para pensar en los límites de los marcos normativos de derechos frente a las asimetrías de poder existentes que en el caso de la atención obstétrica tiene raíces muy profundas.

Sobre la actual ley de incumbencias profesionales de la práctica obstétrica tenemos estas contradicciones, y también algunas zonas grises, como por ejemplo las relativas al Parto Planificado en Domicilio. El parto domiciliario no es ilegal en la Argentina, pero tampoco está regulado por el estado. Según la norma vigente, las/os licenciadas/os en obstetricia pueden asistir en domicilio siempre y cuando se trate de una gestación y un parto no patológico. Esta posibilidad, que indica un espacio de autonomía profesional está siempre en tensión. La atención domiciliaria es objeto de difamación y persecuciones, especialmente si la misma es protagonizada por parteras independientes. El caso de Belen Weber<sup>65</sup> da cuenta de esta situación y de

---

<sup>65</sup> Belén Weber es licenciada en Obstetricia y partera independiente. Garantiza el derecho de aquellas personas que deciden parir en domicilio. En 2014 y 2018 estuvo detenida por una misma causa: se la imputa por homicidio culposo tras haber acompañado a una familia en el proceso de nacimiento de su primera hija. El trabajo de parto inició tempranamente en la semana 37 y, al cabo de tres días, finalizó en el Centro de Salud Cerhu de San Luis con el fallecimiento de una bebé por aplastamiento de cráneo y la posterior pérdida del útero de la madre.

¿Qué sucedió en el medio? Dos maniobras de Kristeller, una práctica prohibida, y un procedimiento legal con demasiados baches burocráticos. ¿A quién apunta con el dedo la justicia patriarcal? ¿Cómo se adoctrinan desde el sistema médico hegemónico los cuerpos de las personas embarazadas y de las parteras? En la semana del Parto Respetado, Weber fue citada nuevamente a declarar. La causa sigue activa y su lucha también (Revista Feminacida, 20 de mayo de 2022 / <https://www.feminacida.com.ar/tag/la-asociacion-argentina-de-parteras-independientes-y-dando-a-luz/>)

los riesgos que enfrentan las profesionales de la obstetricia.

En el marco de estas tensiones respecto del parto y sus significados, el proyecto de ley del año 2017 que incluía al Parto Planificado en Domicilio y a la creación de Casas de Parto como alternativas institucionales de atención en conformidad a la Ley 25.929 y la 26.485, perdió vigencia parlamentaria. Se trataba de un proyecto integral que proponía la articulación permanente con los diferentes niveles de atención en caso de ser necesario el traslado y la asistencia de mayor complejidad. Además, este proyecto proponía la despatologización del parto y la revalorización del trabajo de las/os parteras/os, como así también la autonomía de las personas gestantes en un marco de garantías sobre su salud y procesos reproductivos.

“Por supuesto es una ley que está muy anclada en la intervención. Entonces tú lees toda la ley y las palabras son: controlar el embarazo. Conducir el trabajo de parto. Dirigir los pujos. Esos son los verbos que aparecen una y otra vez en la ley. El problema siempre es que aparecen dos lugares de gran disputa en la ley e incluso ha habido proyectos que están muy buenos, uno es el parto en casa, porque la actual ley contempla el PPD y eso lo quieren sacar, digamos una locura ¿no? como me vas a sacar un derecho adquirido y lo otro tiene que ver con la corporación médica, que es todo el vademécum... o sea como los médicos ahí se ponen muy difíciles ¿no? en qué pueden y qué no pueden las parteras recetar. El vademécum y el PPD. Este año está por perder estado parlamentario el último intento que se ha hecho. Y el año que viene se volverá a presentar y así, así, así” (Violeta, psicóloga y activista).

Las principales objeciones a este proyecto reflejan viejas disputas entre las obstétricas y la corporación médica, como así también las existentes entre el poder médico y la autonomía de las mujeres. Lo que está en cuestión y crispa los ánimos es el cuestionamiento a un orden jerárquico de carácter sexista y etnocéntrico. Este proyecto de ley ha presentado

debates tan intensos como los que se dieron a partir de los proyectos de interrupción legal y voluntaria del embarazo.

Posteriormente, a comienzos del año 2020, se presentó un nuevo proyecto de ley titulado “Marco regulatorio para el funcionamiento de Casas de Partos y Nacimientos en el territorio Nacional”. En este nuevo proyecto desaparece por completo la opción del Parto Planificado en Domicilio.

También va a ser muy cuestionado, en especial por las asociaciones médicas. La Sociedad Argentina de Pediatría apenas se entera de la existencia del nuevo Proyecto de Casas de Parto emite un comunicado posicionándose claramente en contra del mismo. El documento titulado: “Rechazo de la Sociedad Argentina de Pediatría a un proyecto de ley que promueve Casas de Partos y Nacimientos” argumenta que nacer fuera del hospital es perder derechos y considera que en función de la existencia del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (como la Maternidad Estela de Carlotto de Moreno) el proyecto de casas de parto no es necesario. En su argumentación, la Sociedad Argentina de Pediatría (en adelante SAP) omite aclarar que el modelo MSCF constituye la excepción antes que la norma, mientras tanto la atención de los nacimientos continúa siendo intervencionista y violatoria de los derechos de las mujeres garantizados por las leyes de parto humanizado (25.929) y de protección de las violencias (26.485).

En este sentido el rechazo de la SAP se basa en que la sola existencia de las leyes mencionadas ya es garantía de un cambio de paradigma en la atención del parto, argumento que va en total contrasentido de la realidad como lo demuestran las experiencias de parto registradas en las entrevistas, los datos del Observatorio de Violencia Obstétrica, los informes de la CONSAVIG y en el plano internacional, el informe de la relatora especial de la ONU, que se citan en esta investigación.

Luego de esto el informe de la SAP insiste sobre el riesgo siempre presente en la situación de parto (como por ejemplo la eventualidad

impredicible de la la asfixia perinatal que requiere maniobras avanzadas de reanimación y posterior internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para cuidados respiratorios, cardiovasculares y terapias de neuroprotección, acciones para las cuales las obstétricas y sus casas de parto no están calificadas). No reconoce la SAP que el proyecto de Casas de Parto establece en su artículo 5°, inciso 1, “Contar con un protocolo aprobado por la autoridad sanitaria correspondiente, para vincularse con un centro asistencial de mayor complejidad u hospital de referencia, para casos de emergencia o en los que sea necesario un traslado” y que dentro de este protocolo lo que se plantea es la proximidad física al centro de mayor complejidad para la atención de las eventualidades que así lo requieran.

En síntesis, el rechazo por parte de la corporación médica se fundamenta en primer lugar, en la existencia de leyes protectoras y modelos de atención como las MSyCF y por otra parte en la posibilidad siempre latente de riesgos inesperados cuya frecuencia no supera el 10% de los casos según la OMS y que no está establecido si no tienen como condicionantes de su aparición la cascada de intervenciones iatrogénicas con las que se atiende el parto medicalizado. Finalmente, este proyecto de ley, que además se basa en modelos de atención exitosa de experiencias en Canadá, Barcelona, Reino Unido y Holanda.

Lo que está en disputa no es parir sin atención, sino con la atención adecuada. El concepto de “tecnología apropiada”<sup>66</sup> propuesto por Climent (1987) demuestra su vigencia a 40 años de la publicación de esta autora. En el caso de la atención obstétrica, la tecnología apropiada es aquella “basa en la síntesis entre el respeto a la naturaleza y la aplicación de los conocimientos científicos. Permite el control del proceso sin interferir en su fisiología ni en las relaciones del grupo familiar. Sus principales características responden a las tecnologías apropiadas en salud y son: consideración del proceso de embarazo, parto y puerperio como un proceso

---

<sup>66</sup> No en términos marxistas sino en su acepción de propicia, adecuada, idónea.

fisio psicológico normal; ubicación de la madre, hijo y grupo familiar en el centro del proceso de atención; promoción del vínculo temprano padres-hijos; educación y participación activa y responsable de ambos padres; promoción de un vínculo satisfactorio Equipo-Paciente; libertad en la elección de posiciones cómodas y naturales para la madre durante el preparto y parto; libertad en la elección de técnicas alternativas; no realización ni aplicación rutinaria de maniobras y medicamentos; utilización de criterios preventivos. La aplicación de una tecnología con estas características permite que luego de un embarazo normal se produzca un parto también normal, y en especial, natural. Implica también un parto "humanizado" y "personalizado", es decir adecuado a las características del ser humano, no cosa, no animal y a la individualidad propia de cada persona” (Climent, 1987:415).

“Las parteras podrían ser exclusivas de la casa de partos con la facilidad de que si se complica esa partera entra al nivel 2 de atención o al nivel 3 articulada y si hay alguna partera que desea puede venir a la casa de partos a acompañar también. Pero no queremos una casa de partos adentro del hospital como están ofreciendo en Europa. Mirá lo que está haciendo el sistema ahora. Están ofreciendo las unidades de matronas. Que están adentro del hospital. Una casa de parto al lado del hospital. Y eso es lo que querían hacer hace poquito. Pero no quieren la autonomía de las mujeres, de las parteras y del parto fisiológico. Mucha ley del parto respetado, pero a la hora de los bifés...” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

Uno de los puntos más polémicos del proyecto de Casas de Parto es su revalorización del rol de las obstétricas ya que las coloca como coordinadoras de estos centros asistenciales. El fundamento de esta elección se basa justamente en la necesidad de despatologizar el nacimiento.

“Bueno ese proyecto ya de entrada como proyecto es genial y como figura tiene que existir. Ahora, si no tienes parteras autónomas ¿quién te va a dirigir la casa de partos? Sale el proyecto y quién la conduce. Porque si la

dirige un obstetra, ya está en un hospital. Entonces ahí es donde empiezan a entrecruzarse las leyes” (Violeta, psicóloga y activista, 41 años).

Además, la propuesta de Casas de Partos constituye una opción democratizadora de la opción parto planificado en domicilio (PPD), ya que al estar bajo la cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO) es de aplicación en el ámbito de la salud pública y de acceso universal y gratuito para todas las usuarias del sistema. Esto garantiza que quienes no pueden pagar los costos de un parto planificado en domicilio, igualmente pueden acceder gratuitamente a este tipo de atención, lo cual le proporciona un carácter claramente no elitista a la propuesta.

“Las parteras de antes solo estaban en la comunidad a la que pertenecían. No sólo porque ellas conocían a las mujeres porque eran sus vecinas, sino porque ellas mismas disfrutaban de la vida. Hacían pan y con Anita hemos tenido esa gloria de estar en los partos y cocinar mientras se hacía el trabajo de parto y entonces terminar de asistir y la mujer tomar una sopa que hicieron las parteras. Pan que hicieron las parteras. Entonces yo le empecé a tomar el gustito a esa partería” (Sandra, Lic. en Obstetricia, 57 años)

Del texto del proyecto del año 2020 presentado por la Diputada Mónica Macha y elaborado con la concurrencia de profesionales de la obstetricia y de la medicina, asociaciones profesionales, doulas, puericultoras y acompañantes de gestaciones y nacimientos, como así también integrantes de la población en general, nucleados en la Red Argentina de Casas de Partos, se seleccionó la definición por ellos elaborada y que es parte del proyecto de referencia: “Las casas de partos y nacimientos se proponen recrear un ambiente hogareño y, a la vez profesional de acompañamiento y asistencia. Basadas en estándares y evidencias internacionales, las casas de parto se suman a las ofertas institucionales para favorecer la estrategia de parto humanizado establecido en la ley 25.929 de "Derechos de padres e hijos durante el trabajo de parto". Rescatando la tradición histórica de la partería, como disciplina formada específicamente

para acompañar procesos promoción de derechos sexuales, prevención y acompañamiento desde lo preconcepcional, gestación, parto y nacimiento; las casas de partos apuestan por prácticas que aboguen por la Interseccionalidad (Creenshaw, 1991), en tanto, trabajen con herramientas provenientes de la interculturalidad, la perspectiva de género y la salud integral comunitaria (APS 1° Y 2° nivel. OMS 2018). En las casas de parto y nacimiento se promueve que las personas gestantes sean las protagonistas de su decisión de gestar, parir y criar. Fortaleciendo el anclaje en la comunidad en la que se instituyan; las casas de parto y nacimiento promoverán el acompañamiento y asistencia de la persona gestante, garantizando la cercanía del establecimiento con su hogar, con su comunidad, así como con los niveles de atención en salud de mayor complejidad. Por otra parte, las casas de parto se proponen erradicar la violencia obstétrica, tal como menciona ley 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. La violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos basada en la desigualdad de poder entre los géneros que afecta especialmente a mujeres, varones trans, lesbianas, personas no binarias. La misma adquiere una modalidad institucional cuando estas personas transitan procesos de gestación, parto y puerperio.

La inclusión de la perspectiva interseccional, como así también de la diversidad sexual es otro de los aportes de esta propuesta. Por eso mismo también resulta una propuesta que promueve reacciones conservadoras y despierta posiciones anti-derechos.

Actualmente, tanto los proyectos de ley de regulación profesional de las obstétricas, que legitiman su autonomía y la atención domiciliaria, como el de Casas de Partos perdieron vigencia parlamentaria.

La Asociación Argentina de Parteras Independientes (AAPI) creada en 2011 y la Red Argentina de Casas de Parto, fundada en plena pandemia

en el 2020, son las dos entidades que participaron en la formulación de los proyectos de ley mencionados y que acompañan con una activa militancia la promoción de los derechos de las mujeres y de las parteras. En ambos casos existe un posicionamiento feminista que reivindica el parto como un evento de la sexualidad de las mujeres que es fundamental para la existencia de sociedades más humanas y felices, y también para desarrollos profesionales con autonomía e independencia plena. La doble subordinación parteras-gestantes es una de las reivindicaciones centrales de estas organizaciones profesionales.

“Yo estaba pensando que algo de lo que pasó es ese tránsito del obstetra como protagonista versus a la partera como protagonista. Hay un lugar ahí que se pierde. Poco a poco los obstetras (médicos) como profesión, como especialidad, fueron tomando ese lugar y el obstetra es una profesión muy masculina. Es el que sabe, es el que decide, es el que corta, es el que dirige y conduce. Y si uno ve estas intervenciones que son las que más se ponen en tela de juicio de lo cotidiano innecesario, como la episiotomía y el estar acostadas, son todas intervenciones, que han diseñado los varones o sea están construidas por varones que miran los cuerpos de las mujeres desde una visión de lo patológico, desde una visión androcéntrica” (Violeta, activista, integrante de las Casildas)

Desde los activismos feministas se cuestiona la posición androcéntrica de la ciencia médica, que subordina los cuerpos femeninos a un ideal de normalidad masculina y el oficio de parteras a la superioridad moral y científica de los/as médicos/as. recuperar la fisiología se esgrime como proclama relacionada con la autonomía corporal y también con la recuperación de un saber sobre los propios procesos de la sexualidad femenina, largamente censurados y reprimidos. El no saber sobre el cuerpo en trance de parir es uno de los factores que inciden en la parálisis por miedo y que terminan afectando el desenlace del parto. Un sistema que oprime a las mujeres utiliza a otras mujeres, las parteras, como efectoras de los mecanismos de opresión. Las luchas de las asociaciones profesionales de

parteras y la reciente Red Argentina de Casas de Partos se posicionan frente a esto y demuestran con evidencias cómo funciona este orden de subordinaciones concatenadas.

“Cuando hablamos de las parteras siempre hablamos de las mujeres... La partería y el arte de partear es recuperar la fisiología del parto. En este tema estamos muy atravesadas por el patriarcado. Se trata de empoderarnos para conocer nuestros cuerpos, para saber lo que nos pasa, para no depender de otros para saber lo que nos pasa”. (Sandra, lic. en Obstetricia, co-fundadora de la Red Argentina de Casas del Partos)

La partería y el arte de partear tienen como objetivo principal recuperar el nacimiento como evento saludable, en el que se reconoce la autonomía de los cuerpos y los saberes sobre el parto y la sexualidad que han sido históricamente secuestrados, reprimidos, alienados.

La Red Argentina de Casas de Parto cuenta con alcance nacional y tiene más de 400 entidades integrantes. Tiene como misión difundir la atención del parto normal y fisiológico como un evento de la sexualidad humana. Fue creada por Sandra Laporta y Ana Giménez tomando como modelo casas de parto existentes en diversos lugares del mundo.

La Casa de Parto propone vivir el nacimiento como una fiesta y como un hecho de la vida sexual saludable en el que se puede elegir cómo, dónde y con quién parir, en un ambiente “hogareño” en el que la mujer va a parir en condiciones fisiológicas y sin intervenciones. El parto fisiológico respetado no requiere de internación prolongada. Alcanza con unas 12 horas de recuperación y descanso. Institucionalmente las casas de parto están integradas al sistema de salud para derivar los casos que necesiten asistencia de mayor complejidad. Pero la propuesta se centra en el protagonismo de las mujeres y las parteras. La partera desde una perspectiva de salud integral actúa como garante de confianza y de erradicación de la violencia obstétrica y violencia neonatal.

El proyecto de ley Nacional de Casas de Parto, perdió vigencia parlamentaria por segunda vez en el año 2023, pero la provincia de Buenos Aires retomó la iniciativa y en sintonía con la Ley provincial (14.802, modificatoria de la 11.748) habilita a las obstétricas a asistir en domicilio, en casas de partos y dónde suceda un nacimiento.

En este momento diversas organizaciones se encuentran trabajando por la dignificación profesional de las parteras, en contra la violencia obstétrica y en pos de la recuperación del nacimiento como evento saludable de la sexualidad humana. La Asociación Argentina de Parteras Independientes, La Red Argentina de Casas de Partos, la Asociación Civil Dando a Luz, Mi Parto, Mi Decisión, entre otras, se nuclean en torno a la presentación de los proyectos de ley sobre el tema.

La existencia de la ley de Parto Humanizado (25.529) y la de Protección Integral de Violencia hacia las Mujeres (26.485), como así también las leyes que regulan el ejercicio profesional de las parteras, conjuntamente con la fuerte movilización feminista que viene gestándose en torno a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo -conocida como la marea verde- y el movimiento contra los femicidios “*ni una menos*” (2015) confluyen en una mayor visibilidad de la importancia de cambiar el paradigma de la atención de nacimiento. No obstante, los proyectos de Ley que van en este sentido continúan siendo muy cuestionados y resistidos.

El sistema de las Casas de Parto se plantea como una estructura dentro del esquema de Atención Primaria de la Salud, que no sólo tiene bajos costos, sino que implica mejoras sustanciales en cuanto a las condiciones laborales del personal de salud, la posibilidad para toda la población de acceder a un parto respetado, en un ambiente adecuado para tal proceso y con la atención profesional calificada e idónea.

La insistencia en rechazar el modelo de atención propuesto por el proyecto Casas de Parto es un tema que excede el alcance de la presente

tesis y que consideramos con la suficiente entidad para abrir futuras líneas de investigación que profundicen sobre esto.

## ANEXO II

### Cuadro 2. ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD y ACOMPAÑANTES DEL EMBARAZO Y PARTO

Nombre/ Fecha	Sistema de atención	SÍNTESIS ENTREVISTAS
Claudia. 50 años. Médica / Activista por la humanización del parto	Público y Privado	<p>Decidió dedicarse a la humanización del parto luego de observar como las mujeres ingresaban enteras y saludables a las instituciones y salían destrozadas. Las intervenciones cruentas e innecesarias, los malos tratos, el exceso de medicación y el contexto institucional restringen y anulan la participación activa de las mujeres y las transforman en objetos de intervención. En el sistema público hay exceso de intervenciones porque son lugares de formación, entonces las mujeres pueden ser tactadas entre 10 y 20 veces durante el trabajo de parto. Además, se realizan episiotomías con fines didácticos para practicar el corto y la sutura. Lo mismo sucede con otros procedimientos como la maniobra de Kristeller, los fórceps, la cesárea. En general no se les enseña a los residentes la legislación de derechos humanos de las mujeres vigentes, ni los protocolos básicos de bioética, como el consentimiento informado.</p> <p>El nacimiento como espacio de cuidado deja un plus, es algo que le hace bien a quienes acompañan a una mujer en ese proceso. Te sentís parte de algo potente, vivo.</p> <p>Fue fundadora de importante ONG por el parto respetado y actualmente es funcionaria en el área de género y diversidad.</p>
Lucrecia, 50 años. Puericultora	Público y de obra social	<p>“Mi elección profesional tiene más que ver con mi mamá que con mi experiencia con la maternidad. Para mí de chica era un mundo fascinante. Mi mamá y mis tías. Había mucho parto alrededor y mucha historia de parto. Yo quería ser partera. Después empecé antropología y bueno eso es otra historia. Mi primera amiga que parió yo la acompañé desde al embarazo. Le tocaba la panza para medir la altura uterina y estuve en el parto. Siempre me gustó el trabajo con embarazadas y bebés. Me interesaba lo del parto domiciliario que veía en libros españoles hace como 30 años. Acá era una rareza”. Cuando nació Vicent me anoté en la UBA para estudiar obstetricia. Y me manda mi abuela un artículo de Fundalam que había abierto. Uy estos tienen virgencitas no sé si me va a gustar. Pero bueno primera clase con Marta y me cautivó</p>

		<p>completamente. Una cabeza impresionante. Me abrió el mundo a un montón de cosas que yo pensaba y sentía y ahí estaba todo organizado.</p> <p>Me quedé en Fundalam y ahí empecé a laburar con el tema de laburar con las mujeres. Que es lo que a mí me gustaba. A mí lo que me gusta es laburar con las mujeres y cuerpos gestantes.</p>
Sandra, 56 años. Lic. En Obstetricia	Público y Privado.	<p>Inicios de la carrera con equipo de parto humanizado en hospital y clínica privada en Avellaneda. Luego pasó varios años en la Ushuaia acompañando a marido cirujano. Un solo hijo nacido por cesárea. En los años en la Patagonia dificultades para trabajar desde el modelo humanizado: muchos médicos varones y cirujanos, partos muy intervencionistas. De regreso a Bs. As. Retoma el modelo humanizado y cada vez se torna más próxima a lo holístico. Participa de la creación de la Ley 25.529- Actualmente trabaja en centro periférico de hospital público en el conurbano bonaerense y es una de las referentes más importantes del proyecto de Casas de Parto. Integra la Red Argentina de Casas de Parto.</p>
Marina, 53. Lic. En obstetricia	Atención particular	<p>M es una partera universitaria impresionante. Es conferencista e investigadora y ha integrado diversos colectivos en defensa de la autonomía profesional de las parteras y por el reconocimiento del parto domiciliario. Trabaja de manera autónoma como partera porque se cansó de la subordinación a la que las someten cualquier orden institucional, incluidos los centros del ámbito de MSCF y los equipos liderados por profesionales de la medicina.</p> <p>En su experiencia y posición se destaca la negación a ser subordinada de los médicos o de las instituciones. Tiene trabajos escritos sobre la historia de la partería y es defiende la autonomía del ejercicio profesional de las parteras en la atención del embarazo y el parto normal. Participó de la formación institucional en el sistema de residencias y luego terminando la formación toma contacto con la experiencia de partería de Canadá. Posteriormente se forma en el arte de la partería en Ecuador y resignifica toda su formación universitaria y de posgrado en el sistema de residencias.</p>
Francisco Lic. en Obstetricia, 40	Centro de salud del conurbano y atención particular.	<p>V es uno de los poco y primeros parteros egresados de la carrera de obstétrica de la facultad de medicina de la UBA. No es médico, es partero. Tuvo que solicitar un recurso de amparo para que lo acepten como estudiante porque cuando él estudió las normativas de la carrera no aceptaban varones. Actualmente si bien pueden ingresar no es lo más frecuente. V es un referente muy importante del parto respetado y de la erradicación de la V.O. Tiene publicaciones sobre el tema y trabaja como partero tanto en forma particular como en el sistema de salud pública hospitalaria.</p>
May, 30 años Doula	Atención particular y ONG	<p>Se volvió doula luego del nacimiento de su primera hija. Pidió cesárea porque no pudo soportar el dolor. El miedo y la vergüenza impidieron el parto. Acompaña gestaciones y trabajos de parto. Actualmente integra una red interdisciplinaria de atención de población LGTBIQ+.</p>
Mariana, 30 años. Doula	Atención particular y ONG	<p>Se volvió experta en acompañar gestaciones y crianzas a partir de su propia experiencia (traumática) luego del nacimiento de sus dos primeros hijos y la muerte de uno de ellos como consecuencia de la</p>

		maniobra de Kristeller. Estudiar para doula le permitió salir adelante. Actualmente estudia partería. Vive en el conurbano oeste y es experta en medicina alquímica placentaria.
Agustina, 26 años. Doula	Atención particular y ONG	También se vuelve doula motivada por su primera experiencia de maternidad. Actualmente es activista con mucha actividad y participación en foros, conversatorios y redes. Creadora de la Red Prisma que atiende a población LGTBIQ+ y asesora a equipos de salud que deseen formarse en diversidad sexual.
Violeta, 41 años. Activista Integrante del Observatorio de V. O	ONG	Viole es una de las fundadoras del observatorio de V.O Integra el equipo profesional que realizó la primera encuesta sobre V.O en el año 2015. Luego de la cual siguieron otras más. Es miembro de una organización de lucha contra la V.O que realiza actividades artísticas de sensibilización sobre el tema. Autora de publicaciones sobre el tema. Mantiene una intensa actividad en las redes sociales más usadas actualmente.

## CAPÍTULO VI

### *Conclusiones*

#### *La violencia es la partera de la historia*<sup>67</sup>

Esta investigación comenzó con una vieja pregunta. Una pregunta sobre una escena originaria, la del nacimiento, más precisamente la del parto. Por razones personales, biográficas, el parto siempre estuvo presente como algo cotidiano. Fue la razón profesional, la mirada antropológica la que habilitó el camino para descotidianizar y problematizar el modo en que nacemos en nuestro mundo civilizado y tecnocrático. Desde la pregunta antropológica aquello que aceptamos como natural, esa normalidad, emerge como algo extraño. Es a partir de este encuentro con la rareza que podemos comenzar a ver cómo se fue construyendo (y como se ratifica a diario esa construcción) la relación entre los cuerpos, la ciencia y el poder.

El parto, como todo lo relativo a la sexualidad y a la reproducción, es un evento social privilegiado para ver estas relaciones. Evento que expresa situaciones paradójicas, contradictorias, en la que los avances técnicos se presentan como soluciones, pero en el que se omite el origen y la causa de los problemas que estas soluciones vienen a resolver y lo que es más llamativo, se silencia el modo en que se producen estos conocimientos.

En la actualidad el parto es considerado un problema de salud. La idea que predomina es que se trata de un evento riesgoso, doloroso, que sin la intervención médica es imposible. Las dificultades del parto forman parte de expresiones populares. Cada vez que algo es muy complicado, penoso, en extremo doloroso, utilizamos la comparación “ese examen... fue más difícil que un parto”. En nuestro uso cotidiano “parto” es la palabra que condensa todos los sufrimientos. A nadie se le ocurriría contradecir esto.

La literatura explorada en la recopilación de antecedentes sobre el

---

<sup>67</sup> Imagen utilizada por Karl Marx en el capítulo XXIV del *Capital* como metáfora para graficar el rol de la violencia en la etapa de la acumulación originaria en la Europa del siglo XIV.

tema permite profundizar sobre las complejidades que entraña el tema. El parto como hecho social nos aporta información sobre otros aspectos que no son evidentes, que están en las sombras, pero que operan en la construcción del mundo que habitamos. El cuerpo y la maternidad como destinos naturales y alienados, la subordinación de la naturaleza y de las mujeres, la ciencia como garantía de verdad absoluta y cómo única fuente de emancipación humana, son algunas de estas sombras.

Luego los aportes conceptuales tomados para pensar el marco teórico iluminaron la relación entre la medicalización del nacimiento y los procesos de cercamiento sobre los cuerpos (Federici); el biopoder (Foucault) y la necropolítica (Mbembé); la ritualidad como estrategia de legitimación (Goffman, Turner); la relación cuerpo, ciencia y poder (Le Breton, Foucault, Latour, Roca); la dominación androcéntrica (Bourdieu); la eficacia simbólica de las formas de escritura sobre los cuerpos (Segato, Fornes); producción y reproducción y la construcción de la heteronorma (Meillassoux, Lévi-Strauss, Heritier, Rubin, Bourdieu, Segato); la relación entre procesos de conquista territorial y colonización de la vida (Mies y Shiva).

Entonces el cuerpo y la fisiología revelan su carácter de hechos sociales totales (Mauss, 1991; Lévi-Strauss, 1991) especialmente en la reproducción y sobre todo en el parto, dado que este último todavía constituye una escena fundante, tanto del cuerpo como de la diferencia sexual, categorías centrales en la red significativa binaria de la razón moderna en la que mundo simbólico se establece a partir de los dualismos ontológicos (Roca, 2018).

En este mundo, como señala Preciado (2019:92) el cuerpo de las mujeres contiene un espacio público -conformado por los órganos reproductivos- que es disputado por los poderes religiosos y políticos, pero también por las industrias médicas, farmacéuticas y agroalimentarias. Sobre los órganos reproductores femeninos, incluso sobre sus células y productos resultantes de su fertilidad, no se aplican las mismas normas que rigen para

otros órganos, como el pulmón o el corazón. En esta línea el parto se inscribe como acontecimiento médico singular. Se trata de un hecho de la fisiología reproductiva normal que ha sido completamente colonizado por la patologización. La reproducción, la gestación, el nacimiento se fueron transformando en situaciones de riesgo a las que el biopoder debe controlar para evitar la degeneración y muerte. Es uno de los casos más representativos de cómo los avances en materia científica han sido contraproducentes, incluso retrógrados.

El interés por la fertilidad y la reproducción cobra relevancia a partir del Renacimiento, en el momento de la consolidación de la etapa que Marx denominó de “acumulación originaria”. Es en este momento en que Federici encuentra los puntos de contacto entre los procesos de conquista y colonización y la emergencia de un nuevo orden social basado en la explotación de la naturaleza y el trabajo humano. Esta etapa caracterizada por la persecución y matanza de las “brujas” instaaura un nuevo orden de subordinación de las mujeres y la puesta en marcha de una política de control para fomentar el crecimiento poblacional. Mientras los cartógrafos dibujan los mapas de los nuevos territorios llenos de riquezas, los primeros anatomistas cartografían los cuerpos, especialmente los de las mujeres, encontrando y describiendo hallazgos sorprendentes.

A medida que se consolida el nuevo orden social, la importancia sobre el control de la reproducción se incrementa. Las ordenanzas más antiguas que atestiguan este fenómeno datan de 1448. Son las Ordenanzas de Madrigal que establecieron la obligatoriedad para las parteras de ser examinadas por los alcaldes de los pueblos de Castilla para acreditar su idoneidad como matronas. Luego, a finales del siglo XV, los Reyes Católicos, establecieron a través del Real Tribunal de Protomedicato la formación y los exámenes que debían pasar las comadronas para ejercer su labor. La capacitación de las parteras estuvo a cargo de los cirujanos, médicos militares y anatomistas (Gallego Caminero, 2005). En los manuales utilizados para tal fin se divulgaron imágenes del parto en posición

decúbito, que fue popularizándose como la posición normal del parto. La aparición de la imprenta permitió la difusión masiva de estos manuales.

Aquí comienza la historia de la medicalización del nacimiento cuya imagen fundante es la del parto horizontal. También comienza la historia de las progresivas complicaciones y de las “soluciones” técnicas que van a diseñarse para resolverlas. Los cirujanos entran en escena y con ellos las manos de carne de las parteras son reemplazadas por las manos de sus instrumentos. Los cirujanos militares como Ambroise Paré y Chacón Daza van a demostrar profundo interés por la anatomía uterina y su fisiología. Van a ser además los médicos de las reinas y de las mujeres de la nobleza, lo cual va a prestigiar participación por sobre la de las simples parteras. Los primeros anatomistas que atenderán partos son varones, militares y pertenecientes al círculo rojo del poder. Las parteras, matronas o comadronas, son mujeres del pueblo, incultas, brujas. En los albores de esta historia podemos apreciar la persistencia de una subordinación que sigue caracterizado las relaciones asimétricas entre médicos y mujeres y entre médicos y parteras. En esta historia se puede apreciar como el surgimiento de este nuevo orden social también impacta en la construcción de nuevas subordinaciones sobre las mujeres con eje en la cuestión reproductiva.

Mientras continúa avanzando la investigación anatómica, aparecen nuevos tratados de atención del parto. Uno de los más conocidos es el de François Mauriceau (1668). Mauriceau, considerado como uno de los padres de la obstetricia moderna, sistematiza en su obra los protocolos de atención del parto, cuyos principios perduran hasta el día de hoy y recomienda el abandono total de la silla de parto y la adopción universal de la posición horizontal elevada por ser la que mejor garantiza el campo visual. A cargo de la primera cátedra de obstetricia en el Hotel Dieu de París, Mauriceau formará a varias generaciones de parteras certificadas que luego difundirán sus enseñanzas en América.

Las disputas sobre el parto no distócico entre parteras y cirujanos ya estaban presentes en el siglo XVII. Luise de Bourgeois en el siglo XVII

y Margueritte du Coudray en el siglo XVIII, fueron parteras que escribieron tratados y manuales sobre el parto, enseñaron su arte y le disputaron el parto normal a la cada vez mayor inmiscusión de los cirujanos. En este punto es importante señalar que las enseñanzas y los escritos de estas parteras contribuyeron a divulgar el parto en posición horizontal y la concepción maquínica del cuerpo. El diseño de la “máquina de parir” una enorme muñeca de arpillera, sin cabeza ni piernas, cuya posición decúbito permite visualizar el nacimiento de un bebé de trapo, se le atribuye a Margueritte du Coudray. Este tipo de material didáctico era utilizado para la capacitación de las comadronas de los pueblos. Junto a la divulgación de los tratados y manuales, la idea del parto en posición horizontal se estableció como la mejor, incluso como la única posible.

En el siglo XVIII los “padres de la obstetricia” William Hunter y William Smellie, van a publicar los atlas anatómicos del parto más realistas conocidos hasta el momento. Ambos reconocen lo difícil que resultaba en esa época conseguir cadáveres para el estudio anatómico del parto, no obstante, lo cual pudieron realizar más de 40 autopsias de cuerpos cuya procedencia dudosa contribuyó a la creación de la leyenda negra de los anatomistas escoceses. Este hecho, junto a las técnicas quirúrgicas que en el siglo XIX inventó el llamado “padre de la obstetricia” Marion Sims experimentando sobre las esclavas de su plantación en Alabama, permiten vislumbrar las condiciones de producción del conocimiento obstétricos y ginecológico en un contexto determinado por subordinación sexista, clasista y racista.

Mientras tanto, también entre los siglos XVII y XVIII, viajeros y exploradores/as, como María Sybilla Merian (1699) o como Félix de Azzara (1782) registran en sus diarios de viaje asombros y maravillas del nuevo continente. En el caso de Merian describe una planta medicinal utilizada por las esclavas negras e indígenas para abortar y de este modo no tener hijos esclavos, lo cual presenta el carácter político del aborto en un contexto de explotación laboral y reproductiva en el que la violación fue uno de los

mecanismos de obtención de fuerzas de trabajo humano. En el caso de Azzara sus crónicas describen su sorpresa ante los partos activos y vitales de las mujeres de las tribus nómades, el aborto y otras prácticas de control reproductivo en las que los varones de sus comunidades no se meten. Estos relatos junto a los de los cronistas de Indias, constituyen un antecedente de los registros etnográficos de la antropología del siglo XX y su importancia radica en que permiten abrir una ventana hacia otros mundos. Mundos en los que sexualidad, cuerpo y reproducción no están atravesados por el miedo, la culpa, la vergüenza y el sufrimiento.

Hacia mediados del siglo XX y en pleno proceso de conformación de los estados nacionales, tanto en Europa como en América el parto comienza a ser institucionalizado. Este evento en principio provocará una extrema mortandad por sepsis puerperal debido a la ausencia de medidas de asepsia. Luego la institucionalización del nacimiento se va a consolidar como una de las estrategias privilegiadas del proceso de maternalización de las mujeres (Nari, 2004) vigente desde fines del siglo XIX y hasta los años 60 del siglo XX.

La historia de los procesos reproductivos demuestra la estrecha vinculación que existe entre estos y las tramas de poder. Se trata de acontecimientos fisiológicos que se inscriben en matrices biopolíticas precisas y vigentes.

El conocimiento sobre la diversidad de modos de gestar y parir no medicalizados que nos proporciona la antropología de la reproducción desde 1970 y hasta la actualidad, y las críticas feministas a las capturas sobre la sexualidad y los cuerpos de las mujeres, amplían nuestra comprensión acerca de la complejidad del tema, como así también de los desafíos que implica la transformación del parto en un evento integrado a la vida sexual, a la salud y a los procesos de autodeterminación de las mujeres, de las comunidades y de los pueblos.

Nuestro imaginario sexual y reproductivo está atravesado por procesos de colonización cultural de índole milenaria. La impronta del mandato bíblico “*parirás con dolor*” se ha profundizado desde la incorporación del parto a la órbita médica. La horizontalidad del cuerpo y su inmovilización, que no son por cierto milenarias, conjuntamente con todas las maniobras y fármacos que se utilizan para activar lo que previamente se desactivó, han incrementado los padecimientos y llevado el parirás con dolor hasta límites de lo insostenible. También han causado y causan dolencias, traumas y lesiones para toda la vida.

La progresiva alienación sobre los procesos sexuales y reproductivos asociada a la violencia que como “partera de la historia” va a caracterizar a la etapa de acumulación originaria del capital y que como nos enseña Federici en cada crisis de acumulación resurge renovada, es el rasgo que predomina en la experiencia del parto medicalizado.

El proceso de revisión bibliográfica del estado del arte implicó una reflexión crítica sobre el problema de investigación que fue moviendo, transformando el problema de investigación, la hipótesis y los objetivos que fueron planteados en la etapa de diseño del proyecto. La elección de la etnografía como método se basó en su capacidad para registrar y descubrir las experiencias desde el punto de vista del entrevistado y además por el reconocimiento de la reflexividad que se pone en juego en todo proceso de investigación social. Como señalan Hammersley y Atkinson (1994) los relatos producidos por los sujetos de la investigación deben ser valorados de la misma manera que los producidos por el investigador. Ni son epifenómenos, ni constituyen la verdad absoluta. Tampoco se debe exagerar en la diferenciación entre “relatos solicitados y no solicitados”, ya que todos los relatos son hechos sociales producidos en un contexto situado y nos informan sobre dicha contextualidad.

Así, las entrevistas realizadas desde una perspectiva etnográfica se apoyan en la reflexividad y el conocimiento producido incluye a quien investiga dentro del campo de investigación. Esta construcción de

conocimiento además está mediada por una relación de ida y vuelta con los desarrollos conceptuales y los aportes de las investigaciones sobre el tema, como así también las posiciones teóricas desde las que se observa lo empírico (Guber, 2001; 2004). La perspectiva etnográfica habilita un proceso de vinculación retroalimentada permanentemente entre el trabajo de campo, las lecturas, los interrogantes y la conceptualización del problema.

Luego, la emergencia planteada por la pandemia desatada en el momento de comenzar el trabajo de campo implicó la reformulación del mismo debido a las restricciones impuestas por la situación sanitaria. Fue un momento de crisis metodológica que hubo que resolver rápidamente. Así desde un primer momento el trabajo de campo quedó circunscrito a la virtualidad de los encuentros y la resignación de la observación directa en los espacios que habían sido pensados en la etapa de proyecto de investigación.

Se mantuvo la metodología etnográfica por su capacidad para registrar y descubrir las experiencias desde el punto de vista del entrevistado y porque pone en juego la reflexividad, es decir la valoración equitativa entre todos los relatos producidos en la investigación social, incluyendo el de quien investiga (Hammersley y Atkinson, 1994). Así los textos presentados en esta investigación, tanto en las entrevistas, como en las observaciones y en la escritura son hechos sociales que fueron producidos en contextos situados y dan cuenta de dicha contextualidad. La entrevista etnográfica es netamente reflexiva y el conocimiento producido involucra tanto al etnógrafo como la retroalimentación permanente con la bibliografía. En este sentido los textos bibliográficos funcionan como voces entrevistadas que participan de las entrevistas y de las observaciones como instrumentos de focalización y registro. El trabajo de campo en pandemia arrancó con la participación en las jornadas de la semana del parto respetado en mayo de 2020. Este evento propició el contacto para la realización de las primeras entrevistas, el seguimiento de redes y la agenda de encuentros sobre el tema.

En el grupo de mujeres con experiencias de parto en los últimos 20

años, las entrevistas no estuvieron estructuradas por una guía de preguntas, pero siempre comenzaron con una breve presentación del proyecto y la invitación a contar sus experiencias. Esto produjo relatos muy ricos y extensos con ciclos de emocionalidad intensa. Los relatos de partos violentos recogidos en las entrevistas etnográficas y en los registros de las actividades de observación participante realizados en esta investigación, demuestran la vigencia de la violencia y los efectos biográficos que produce. La opresión, angustia y dolor que acompañó estos relatos nos permiten compararlos con los relatos de los sobrevivientes de tortura en regímenes dictatoriales. Sólo que, a diferencia de estos últimos, las mujeres no son secuestradas para ser torturadas en el parto, sino que concurren por propia voluntad. Al menos así funciona en apariencia porque si existe un secuestro, que es la consecuencia de una disociación de larga data sobre la propia sexualidad y la delegación de todo saber en el campo de los expertos. Nada sabemos, excepto que vamos a sufrir y que este sufrimiento parece estar atada a la condición femenina, a su naturaleza más profunda. Parir y nacer en situaciones equiparables a la tortura se han hecho carne. Se han inscripto en nuestros cuerpos y esta inscripción perturba, altera y modifica la fisiología. Lo normal se torna patológico, se elimina cualquier connotación placentera, la potencia vital en el parto resulta impensable.

En cambio, los relatos de partos respetados cambiaron por completo el registro emocional, expresando una sensación de alegría, potencia y vitalidad. Se han entrevistado a mujeres que tuvieron las dos experiencias y en una misma entrevista ese cambio de registro emocional fue algo neto que se refleja en los fragmentos transcritos. Del relato de la tortura se pasa a un relato dónde hay lugar para el humor, el amor, lo erótico, la vitalidad, la fiesta. Incluso en los casos de partos respetados que sucedieron en ambientes institucionales poco amigables a la humanización. Cabe aclarar que en estos casos se registraron algunas tensiones entre la institución y sus normas y los equipos de parto respetado (externos a la misma) que pudieron ser resueltos, pero que no dejan de ser una interferencia o implicar un riesgo en la autonomía de las actuaciones. Las

instituciones de salud con sus normas y protocolos no resultan muy amigables para el desarrollo de un nacimiento no medicalizado. Esto implica esfuerzos extraordinarios para los profesionales y para quienes están en trance de parir. Todas las mujeres entrevistadas pertenecen a la denominada sectores medios profesionales que contaron con cobertura de obra social o de medicina prepaga. Sus experiencias de partos institucionalizados demuestran que la medicalización del parto normal, que es uno de los rasgos centrales de la violencia obstétrica, son transversales a la clase social, afectando a todas las mujeres. Las variaciones se encuentran en el tipo de “hotelería” a la que se accede. No podemos concluir que el uso de anestésicos sea más elevado en un caso que en otro, ya que, en los relatos de partos en clínicas de alta gama de la ciudad de Buenos Aires recogidos en esta investigación, el anestesista fue una de las carencias recurrentes.

En los casos que no pasaron por la medicalización, el conocimiento sobre otras formas de parir ya sea por contacto etnográfico directo con otras culturas o por conocer experiencias de otras parejas, si bien se mencionan las molestias, los temores y las dificultades, no existe el registro del horror que caracteriza a los partos medicalizados.

En las entrevistas realizadas al grupo de profesionales y acompañantes, se utilizó una guía de entrevista abierta, es decir un orden temático. El análisis de las entrevistas a este grupo permite entender cómo impacta y marca los posteriores recorridos profesionales la formación de grado primero y la formación práctica luego. Ambas instancias, orientadas fuertemente a la construcción de un perfil intervencionista del parto. El aprendizaje de la obstetricia resulta indisociable de la historia de la disciplina y los rasgos de la episteme moderna. La idea del cuerpo-máquina sigue vigente, sobre todo cuando se trata de los cuerpos gestantes. La ruptura con este paradigma tiene sus paradojas. Resulta tan costoso para los profesionales de la obstetricia, permanecer en él como irse. Si desean permanecer en el sistema son catalogados como “hippies”, vagos o rebeldes. Si se van, pierden la inscripción institucional y quedan por fuera del

sistema.

El concepto de “parto humanizado” es objeto de cuestionamientos, en especial por sus detractores, por su ambigüedad. En un principio la Ley 25.929 se conoció como Ley de Parto Respetado, pero cuando se la reglamentó (10 años después) salió con el nombre Ley de Parto Humanizado. Tanto el término respetado como humanizado han sido objeto de críticas por quienes se identifican con la modalidad intervencionista del parto, pero también con las posiciones no intervencionistas que hacen hincapié en “lo fisiológico”. Es importante entonces señalar, que ambos términos no se refieren ni a los buenos modales, ni a la comparación con al parto de otros mamíferos del reino animal, ni al respeto de una fisiología que siempre va a estar inscrita en un universo simbólico, sino que están estableciendo un nexo directo con los derechos humanos. Este punto resulta importante de subrayar porque permite superar las discusiones dicotómicas en torno a los modelos de atención.

Desde fines del siglo XX, la movilización internacional en torno al parto respetado, las redes de organizaciones, las recomendaciones de los organismos de salud internacional y las asociaciones de profesionales y las plataformas de derechos humanos y de protección de la violencia contra las mujeres, fueron incidiendo en la emergencia de importantes instrumentos jurídicos como la Ley de Parto Humanizado (25.929) y la de Protección Integral de la Violencia contra las mujeres (26.485). Sin embargo, dichos instrumentos aún no logran traducirse en políticas de salud de alcance universal que puedan transformar tanto la atención del parto como la formación profesional.

Pasaron más de 20 años desde entonces y la formación en el espacio de residencias insiste en el aprendizaje de procedimientos innecesarios. Los relatos de quienes tuvieron un parto en los últimos 5 años demuestran la vigencia del intervencionismo, el rechazo de las leyes y el desconocimiento de otras formas de asistir que no sea violentando los cuerpos y el proceso. Los relatos de quienes acompañaron gestaciones y

puerperios, ya sea como parteras, doulas y puericultoras, también reflejan esta permanencia.

Podemos decir que es difícil cambiar una historia tan extensa en tan pocos años. También podemos decir que las condiciones que hicieron a esta historia no sólo siguen presentes, sino que se han agudizado. Nos enfrentamos como nunca a una crisis civilizatoria en la que coexisten los avances en la inteligencia artificial con la destrucción de la naturaleza, las proclamas de derechos humanos con las acciones que más los vulneran. Es un tiempo de paradojas y contradicciones. Pero también de reconocimiento y búsqueda de experiencias que permitan re humanizarnos.

Las limitaciones a las que se somete el cuerpo en el momento del parto constituyen el punto de partida para la aplicación de la serie de intervenciones en cascada. Sin embargo, estas limitaciones siguen siendo relativizadas, incluso negadas por las instituciones y por los profesionales que rechazan un modelo no intervencionista del parto.

Como pudimos observar en el trabajo de campo el debate sobre el lugar del parto es objeto de intensas discusiones en las que se disputa la escena, las incumbencias y las jerarquías. La subordinación de las parteras o licenciadas/os en obstetricia es otra recurrencia. Además, la subordinación de las parteras forma parte de la subordinación de las mujeres. La idea de un parto activo, saludable y protagonizado por la mujer en trance de parir resulta inadmisibles en las instituciones de salud. En este sentido, el marco legal y la ratificación de las convenciones internacionales de no discriminación y protección de violencia contra las mujeres, que tienen un carácter supra institucional permanecen subordinadas a los hábitos y a la organización jerárquica de las instituciones de salud. Es como si ambas esferas funcionaran en universos paralelos. La violación de las leyes de parto humanizado y de protección de violencia hacia las mujeres es la norma. Los profesionales que optan por el modelo de parto humanizado, en especial las parteras, terminan abandonando las instituciones porque no pueden trabajar desde esta perspectiva.

Tanto parteras como doulas se nuclean en diversas organizaciones profesionales y desde allí promueven la atención humanizada del parto, la autonomía profesional y los proyectos de ley como el de Casas de Parto. En relación a este último es importante destacar que se trata de una propuesta para universalizar la atención humanizada a toda la población de mujeres desde la inscripción de las casas de parto en el sistema de atención de la salud pública.

En este sentido, cabe una breve digresión en relación a las objeciones que se hacen sobre el parto humanizado como evento clasista al que sólo pueden acceder las mujeres que por su posición de clase pueden pagar un parto domiciliario o personalizar el equipo médico en la institución. En los dos casos de atención del primer parto en domicilio con parteras particulares que son parte de esta tesis lo que encontramos es diferente. Se trató de mujeres jóvenes, profesionales, con ingresos de medios a bajos, que alquilan sus viviendas y que no disponen de excedentes como para darse lujos. En uno de los casos se realizaron eventos de amigos y familiares para recaudar el dinero para los honorarios de las parteras y en otro caso se usaron ahorros que fueron previstos para tal fin. En ambos casos, ninguna de las dos contaba con cobertura médica de obra social y los controles del embarazo fueron realizados en hospitales públicos. No significa que estos casos sean la norma, pero sí un indicador que permite cuestionar los estereotipos sobre quienes acceden al parto domiciliario. Mientras que quienes contaron con cobertura de obra social o prepaga se mantuvieron con dicha cobertura sin buscar por fuera, al menos en las primeras experiencias.

En los relatos de parto institucionales que sucedieron entre el 2017 y el 2020, la ley de parto humanizado no existió ni siquiera como horizonte teórico. La inmovilidad desde el ingreso a la institución, la posición horizontal, las piernas levantadas y sujetas a los estribos, la inducción hormonal, la separación de los recién nacidos por protocolo de control, la realización de cesáreas innecesarias, las episiotomías, la rotura de

membranas, la dilatación manual y la ausencia de consentimiento informado, constituyen invariantes del protocolo de atención que perduran incluso luego de la existencia de las leyes de parto respetado y de protección integral de la violencia. Un hecho que determina la eficacia del marco jurídico es la asimetría estructural entre las mujeres/pacientes y equipos de salud. No son leyes que puedan cumplirse desde la posición de inferioridad vulnerable. Además, como su no cumplimiento no recibe sanción alguna, eso torna más difícil que se incorporen a la atención. Los derechos consagrados se contraponen a creencias y prácticas muy arraigadas y que además están cumpliendo un ordenamiento ritual y simbólico de un orden jerárquico que las trasciende. En este sentido la eficacia de la violencia obstétrica permite la reproducción del orden social vigente mientras que el paradigma de parto humanizado lo cuestiona y pretende transformarlo.

Los relatos tanto de mujeres como de profesionales sobre partos violentados son comparables a los testimonios de sobrevivientes de terrorismo de estado. En el caso de los profesionales la incapacidad para adaptarse a este orden de funcionamiento funciona como puerta de salida del sistema. Permanecer en él implica serios riesgos para su propia salud y cuestionarlo desde adentro se torna una acción que motiva hasta amenazas de muerte.

Como hecho social, el parto refleja relaciones de poder, cosmovisiones sobre cuerpos y naturaleza, contacto con lo sagrado y lo profano, ritualidades, pasaje de un estado a otro, expresión de la sexualidad y de la relación vida-muerte como parte de los procesos vitales.

Tanto en el caso de la atención “medicalizada/intervencionista” como en el polo de la atención “respetada/humanizada/fisiológica”, el parto constituye uno de los ritos de pasaje más emblemáticos de la humanidad. Esta ritualidad adquiere distintos significados según el modelo de atención, y el modelo de atención resulta inseparable del modelo de sociedad. Por ello ningún modelo de atención del parto está por fuera de lo social. El abordaje “científico” no está por fuera de lo simbólico, ni de la creación de rituales

singulares.

El parto medicalizado se presenta como evento científico, cuyo objetivo es el resguardo de la vida y la disminución de los riesgos. Esta premisa impide ver los riesgos que la medicalización introduce a partir de considerar el parto como algo patológico que debe normalizarse. La idea del parto como situación de peligro extremo, dolor y sufrimiento, es la que prevalece. La culpa, el miedo, la vergüenza, por el lado de las mujeres. El control, la intervención activa y el saber científico, por el lado de los equipos de salud y las instituciones. La idea de un parto como evento saludable, disfrutable y feliz es muy contrahegemónica.

Las mujeres entregan sus cuerpos. Se repite a lo largo de varias entrevistas el carácter sexual del parto. También el sesgo de violación que tiene el intervencionismo. La posición horizontal también es una posición sexual. Es la posición del misionero. Inmovilidad y sometimiento. Imposibilidad de elegir en qué posición parir. Algo tan sencillo y sin embargo tan complejo, que implica si se cuestiona una respuesta desmesurada.

Los partos muy intervenidos dejan cicatrices y secuelas de por vida, pero en algunos casos abrió para cambiar el rumbo de los acontecimientos en el segundo o tercer parto en los que fue posible la recuperación del nacimiento como un evento saludable y potente.

Las experiencias de cesáreas dejan el recuerdo de la disociación del cuerpo durante el parto y las molestias postquirúrgicas. Si bien se resguarda el piso pélvico, cuando se imagina una cesárea, las molestias y los riesgos que ésta implica no aparecen. Las cesáreas por demanda de la mujer se relacionan con un miedo extraordinario y paralizante ante la situación inimaginable del parto vaginal. Miedo que encuentra fundamentos en las historias de partos fisiológicos muy medicalizados que provocan daños físicos severos no relacionados con el proceso fisiológico sino con las intervenciones cruentas. En algunos casos relatados por profesionales de la

salud la insistencia de las mujeres en tener un parto respetado es condición suficiente para que se implementen una serie de castigos y amenazas que complejizan la situación y actúan negativamente en el curso del proceso.

La tecnificación de las técnicas de cálculo de la edad gestacional tiene un margen de error que incide en el incremento de cesáreas innecesarias. Si las semanas de embarazo se calculan únicamente en función de las ecografías y no se tiene en cuenta la fecha de la última menstruación y otros indicadores diagnósticos, puede haber un error de dos semanas en dicho cálculo y el temor a pasarse de la fecha de parto (entre otros factores) lleva a la inducción prematura del mismo o a la intervención cesárea.

El tema de los tiempos del parto también es una cuestión a tomar en cuenta. Dado que no se puede determinar un tiempo estandarizado y la duración del trabajo de parto y del parto es diferente según cada caso, uno de los objetivos de la medicalización es la regulación en tiempo predeterminados, lo cual posibilita la atención del mismo en determinados rangos horarios y días de la semana. Se programa la fisiología según un calendario que es ajeno a los tiempos fisiológicos. Lo cual lleva a acciones paradójicas en las que la institución hace dónde no tiene que hacer y no hace dónde debe hacer, tal como lo expresa una de las parteras entrevistadas.

La atención por obra social o medicina prepaga en una institución que funciona como hospital escuela de una universidad privada, tiene las mismas características que en los hospitales públicos con sistema de residencias. El pasaje por varias manos, demasiados tactos y procedimientos inducidos porque son parte de los aprendizajes requeridos.

El modelo de parto humanizado se fundamenta en evidencia científica, en la diversidad cultural y de saberes ancestrales sobre el nacimiento. El movimiento por el parto humanizado permite visibilizar a la violencia obstétrica como una de las formas más negadas y naturalizadas de la violencia de género.

El camino hacia la recuperación del parto es sinuoso y extenso. Lleva muchos años y requerida muchos más. Son demasiados procesos para resignificar en un evento que está enredado en una trama biopolítica de larga duración. Pero la insistencia de algunas mujeres y grupos sociales en cuestionar el modelo hegemónico y en aprender de otras experiencias histórico-culturales habilitan transformaciones posibles. La vitalidad que surge de los relatos de partos humanizados contrasta con la victimización que encontramos en los partos medicalizados. Un mismo evento, nacer, pero que según el contexto puede ser lo opuesto. El parto medicalizado como tormento que se vive de manera pasiva y victimizada. El parto humanizado que se experimenta como evento sexual, potente y vital. El después de cada experiencia también es significativo. Maternar con el cuerpo roto y las cicatrices dolientes o maternar con el cuerpo íntegro y potente.

Los modelos de atención del parto implican tratamientos, acciones y consecuencias que se preparan durante los controles del embarazo y tienen incidencia en la etapa postparto, en la vuelta a casa. No es lo mismo volver con el cuerpo dolorido, herido, roto y una sensación de impotencia a una situación nueva y solitaria que volver sin heridas, con el cuerpo entero, en plenitud y con la sensación de potencia que proporciona el hecho de atravesar el parto de manera activa y saludable. Las consecuencias de un parto medicalizado afectan también a los recién nacidos, que recibieron el exceso de medicación por vía placentaria (y lo seguirán recibiendo a través de la leche materna en los primeros días), que fueron tironeados por fórceps, separados para ser examinados y sometidos a una batería de procedimientos que van desde la aspiración mecánica, la inyección de vacunas y el dosaje de sueros con glucosados para su estimulación. Si bien en general estos procedimientos no implican traumas graves y permanentes, son innecesarios y sólo se realizan para cumplir un protocolo que no tiene fundamento científico.

En la vuelta a casa luego de un parto medicalizado además de las molestias causadas, las entrevistadas mencionan la sensación de haber sido

violentadas y tener que afrontar este momento con un gran desconocimiento sobre los aspectos más elementales de crianza, lo que hace de esta fase de integración un momento especialmente difícil. Al analizar las entrevistas encontramos una inversión que amerita ser subrayada: mientras que el parto es intervenido porque la fisiología es considerada fallida a priori, la lactancia debe producirse automáticamente dado que somos mamíferos. Es una paradoja biologicista que supone automatismos condicionados por lo instintivo para el tema del amamantamiento, pero interviene la fisiología del parto porque allí el instinto no funciona.

El momento de regreso a casa integra toda la experiencia gestacional. Allí se evidencian los saberes e ignorancias, la eficacia o no de los cursos de parto, las consecuencias del intervencionismo en el parto y la interferencia de las dificultades posparto en el inicio del vínculo. Lo que se ignora, los temores, las violencias y el mandato de ser una “buena madre por instinto” inciden en la conexión o desconexión con los recién nacidos.

Las dificultades en la lactancia son las que más se mencionan en los relatos de partos medicalizados.

En cuanto a las dificultades en el propio cuerpo, las consecuencias de la episiotomía son otro rasgo para destacar. Estas dificultades van desde molestias los primeros meses, hasta lesiones que perduran varios años y que afectan la continencia urinaria y ocasionan molestias en el periné durante las relaciones sexuales. Todas estas acciones y sus consecuencias contribuyen a sostener la idea del parto como una tortura que debemos aceptar porque “naturalmente” es así, mientras quedan veladas las condiciones que producen daños y que a través de intervenciones no naturales hacen del parto un evento tortuoso.

Las intervenciones del parto medicalizado inciden en el trabajo de parto y el posterior desarrollo del parto. Dificultan la dilatación y la producción de las contracciones de las fibras longitudinales del útero que son indoloras y favorecen la dilatación y la expulsión. Por el contrario,

contribuyen a la contracción espástica del útero produciendo calambres que se originan por la activación de las fibras circulares del útero diseñadas para evitar el aborto o parto prematuro y que se activan en presencia de las hormonas del estrés (adrenalina y cortisol) y la reducción de las hormonas favorecedoras del parto como la oxitocina entre otras (Rodríguez, 2010).

Naturalmente el miedo y el estrés detienen el parto porque las condiciones externas alertan al cuerpo que así no se puede partir. Si se activa la contracción espástica del útero el parto se detiene y comienzan las intervenciones para activarlo. Es una situación tautológica en la que las mismas acciones que detienen el parto y generan dolor extremo involucran la aplicación de mecanismos reparadores para aliviar lo que ellas mismas provocaron. Se ratifica entonces lo fallido de la anatomía femenina y lo imprescindible de la intervención médica para que la vida sea posible.

Entonces en lugar de calmar el miedo y ayudar al cuerpo a producir más oxitocina a partir de bajar las luces, de permitir el movimiento, de realizar masajes placenteros, de habilitar la risa y contener, desde el protocolo medicalizado se hace todo lo contrario. La institución funciona como una máquina de impedir el funcionamiento del cuerpo, como un dispositivo de paralización e impotencia vital, como una estrategia de patologización de un cuerpo que no estaba deficitario antes de su ingreso a la clínica. Como el brazo armado de la maldición bíblica.

Comparar experiencias, una intervenida, traumática y otra fisiológica y no traumática nos permite comprender cómo se afecta la vida de las mujeres. Al recordar los sucesos, algunos ocurridos hace más de 20 años, se actualizan las emociones puestas en juego en esos momentos. Tanto las que estuvieron marcadas por el sufrimiento, como las que finalmente resultaron experiencias gozosas y plenas. Esta actualización indica la importancia de este momento vital como marca biográfica.

Las experiencias previas de partos medicalizados son una de los condicionantes en el camino hacia el parto humanizado. Las experiencias de

parto humanizado institucional implicaron por parte de las mujeres la búsqueda de profesionales que trabajen desde esta perspectiva. Volvemos a la excepcionalidad de la norma. Y además el acompañamiento durante el embarazo y el trabajo de parto de doulas o parteras que asesoran, contienen y transmiten sus conocimientos sobre el parto, conocimientos que no circulan en las consultas y controles médicos. El rol de las doulas y parteras que acompañan gestaciones es imprescindible para el desenlace de un parto satisfactorio.

En las entrevistas a profesionales y acompañantes se destaca el factor biográfico en la búsqueda de modelos superadores a la medicalización. Así hay quienes a partir de las primeras experiencias de formación empiezan a problematizar lo aprendido, a ver las consecuencias del intervencionismo, a encontrarse con otras técnicas y a buscar alternativas. También hay quienes que por trayectoria familiar (ser hijos de parteras y obstetras con posiciones críticas a la medicalización) se fueron posicionando desde un marco conceptual y una praxis no hegemónica.

Las doulas arrancan de entrada desde la crítica a la medicalización ya que su ingreso al mundo del acompañamiento de gestaciones y partos está estrechamente asociado a sus experiencias personales.

La formación profesional de médicos y parteras tiene dos instancias. La académica en el ámbito de la facultad de medicina y la práctica que se da en el marco de las residencias hospitalarias. Entre ambas instancias existen continuidades y rupturas. La formación médica se orienta a la detección y control de patologías. La noción de riesgo es central. En cambio, la formación en la carrera de obstetricia está centrada en la atención del parto normal y se imagina la autonomía de las parteras en ese campo. Las prácticas hospitalarias van a enfatizar la noción de riesgo y la realización de intervenciones innecesarias como método de aprendizaje práctico sobre los cuerpos de las mujeres que se atienden en el hospital público. La residencia es también un espacio de ordenamiento jerárquico en

el que se transmite la escala de poder. De menor a mayor esta escala se inicia con los pacientes que están en el grado cero, luego le siguen los residentes de primer año y así sucesivamente hasta llegar a los jefes de servicio. Ser varón y médico implica un plusvalor. Ser médico o médica es superior a ser partera y ser partera a ser mujer en situación de parto. El orden de subordinaciones es uno de los aprendizajes centrales. No hay espacio para las autonomías. Ni de las parteras, mucho menos de las mujeres. Si se obedece y se acepta el orden mejor y si no se activan los castigos, los gritos, las descalificaciones y amenazas. Las parteras aprenden pronto que su lugar es el de asistente, secretaria, subordinada, que debe resolver las necesidades de los médicos/as. La subordinación es completa cuando además son las esposas, novias o amantes de los doctores. Esta subordinación y reducción a tareas de acompañamiento y asistencia implica una ruptura significativa respecto de lo transitado en la facultad. Una entrevistada partera comentó su intención de hacerle juicio a la universidad por “fraude académico” ya que se reciben de algo que no van a poder ejercer, al menos en el ámbito institucional.

El análisis de las entrevistas del grupo de profesionales y acompañantes se organizó en 3 grandes ejes: Aprender lo hegemónico, Problematizar la crueldad y Recuperar el parto desde la perspectiva salud y derechos. En el primer eje se analizó el impacto de la formación y las prácticas profesionales y cómo desde la instancia práctica se establece un ordenamiento tendiente a la subordinación de las parteras y de las mujeres. El segundo eje de análisis permitió visibilizar cómo funcionan los miedos, cómo se naturaliza la crueldad, cuáles son las consecuencias que deja la violencia obstétrica y cómo se produce el encuentro con el parto humanizado. En el tercer eje se organizaron algunas de las propuestas superadoras que articulan la salud reproductiva en el marco de los derechos humanos, las leyes vigentes y los proyectos de ley actualmente en debate.

Según Good (1996) el aprendizaje de la medicina es una experiencia emocional intensa, de “inmersión total”, semejante a un

entrenamiento militar, cuyo ingreso está marcado por la experiencia anatómica de la manipulación de cadáveres. Este entrenamiento “extraño” tiene como objetivo cambiar las mentes de los estudiantes. Persigue el logro del distanciamiento respecto del cuerpo y la consideración de la biología como algo exterior a lo humano. El cuerpo es desplegado en los mapas (dibujos y gráficos) y explorado en cadáveres. La iniciación comienza en el aula de anatomía, espacio ritual dónde el cuerpo cadavérico o sus partes, son explorados, abiertos, descifrados. La apertura del cadáver implica necesariamente una disociación subjetiva. Es algo recordado por las personas entrevistadas como una experiencia fundante, que provoca horror y rechazo en algunos y un ánimo descuartizador en otros. El desmembramiento y el estudio por capas de las partes anatómicas, que por fuera del aula sería considerado un delito o una parafilia, en el laboratorio de anatomía tiene la función de revelar los secretos arcanos del cuerpo y fundamentalmente de construir una nueva mirada sobre ellos. Esta situación fundante aparece como límite intolerable en algunas de las entrevistas a profesionales del parto humanizado.

La asistencia como alumnas/os a los primeros partos los introducen en el manejo del protocolo intervencionista. Fijan la idea de que el parto es un episodio crítico que debe resolverse con ayuda médica en todos los casos por los riesgos asociados a una falla fisiológica esencial. Esto homologa al nacimiento con prácticas de reparación quirúrgica como podría ser una cirugía de apéndice o vesícula, la extirpación de tumores o la amputación de un miembro enfermo. Los aprendizajes en las residencias o prácticas hospitalarias implican el desarrollo de una operación simbólica y práctica de estandarización de procedimientos en los que se cruzan teorías sobre el cuerpo, la fisiología y los modos de controlar lo patológico. En esta operatoria se definen los procesos sexuales y reproductivos como análogos a situaciones patológicas que deben ser reparadas, conducidas y controladas.

Para los estudiantes universitarios de medicina, que jamás presenciaron un parto, la escena del nacimiento que se establece en las

prácticas hospitalarias implica la aceptación de esta situación como la mejor y única posible, como una normalidad universal, que además fue diseñada para salvar vidas. Se instaura entonces un principio de verdad que luego es difícil de desarmar, ya que se forma una praxis desde prácticas que naturalizan el intervencionismo, la falla fisiológica como un hecho independiente de condicionantes ambientales y las complicaciones como algo propio de la fisiología del parto humano.

Las implicancias que tiene patologizar un proceso fisiológico sobre las condiciones ya precarias de trabajo de los profesionales de la salud es un punto para seguir investigando. La patologización del nacimiento no sólo afecta a la vida de gestantes y recién nacidos. También negativamente los profesionales de la salud sometiéndolos a un estrés innecesario y multiplicando su trabajo con incisiones, suturas y otras intervenciones rutinarias e innecesarias, que se anclan en una desconfianza sobre la fisiología del parto y que normaliza los tiempos singulares del nacimiento dentro de horarios y días de trabajo.

La residencia funciona como el espacio por excelencia de aprendizaje práctico de la especialidad. En el caso de la obstetricia se enseñan las intervenciones que se diseñaron cuando la medicina se ocupó del parto y todo nacimiento se transformó en un evento patológico y de riesgo. La residencia de obstetricia se centra en la adquisición de destrezas quirúrgicas y de intervenciones invasivas como la episiotomía, el uso de fórceps, la administración de sueros con oxitócicos, la maniobra de Kristeller, la inmovilización del cuerpo para poder monitorearlo, la posición horizontal y otras tantas prácticas que vienen siendo desaconsejadas por la OMS, la OPS y las normativas perinatales locales desde 1985.

En la actualidad resulta llamativo que no obstante la evidencia científica producida por el propio campo médico, a la que se puede agregar los aportes de las ciencias sociales, especialmente los de la antropología, la enseñanza de la obstetricia sigue los cánones establecidos por Mariceau en

el siglo XVIII. La reacción crítica ante el adiestramiento patologizador de la atención sólo es posible ante la experimentación de modelos de atención del campo del parto “humanizado”. Sin ese contacto lo que se transmite es el modelo tecnocrático e intervencionista.

La institucionalización de la gestación es un hecho político en el que los cuerpos fértiles se tornan objetos de vigilancia y control a partir del interés de los estados nacionales por la natalidad y la eugenesia (Nari, 2004; Rhodes, 2007; Miranda, 2011). Este interés incluyó además el control sobre la formación y la actividad profesional de las parteras, colectivo que va a perder autonomía y ganar subordinación, ya que las parteras además de atender partos también practicaban abortos (Barrancos, 1991; Fornes, 2018). La maternidad y la partería se erigen entonces como enclave anatómico-biológico en el que se conjugan simultáneamente el disciplinamiento corporal y la regulación poblacional (Foucault, 1976). En este contexto la obstetricia médica se constituye como el único saber legítimo y autorizado, apropiándose del parto como evento político (Fornes, 2011).

Y no sólo los avances científicos, también los avances normativos, las leyes de protección de derechos humanos en torno del nacimiento y las evidencias que, desde las ciencias sociales vienen demostrando que hay un problema metodológico y epistémico en la conceptualización del parto como evento patológico, de riesgo. No obstante, todas estas consideraciones, se sigue enseñando desde el modelo patologizador, tal vez porque al transformar el parto en una situación problemática se justifica el intervencionismo. La cuestión del riesgo se ha transformado en un acto de fe. Es una premisa incuestionable y la legitimación de las intervenciones cruentas sobre los cuerpos gestantes en situación de parto se fundamenta en la premisa de la salvación de las vidas. “Antes las mujeres se morían como moscas” frase que se sigue escuchando como un mantra para la aceptación de las violencias inevitables.

La Declaración de Fortaleza, Brasil (OMS, 1985) declara el

nacimiento como un evento saludable, social, familiar, comunitario. El documento titulado “El nacimiento no es una enfermedad” se propuso desmedicalizar el parto y transformar el modelo de atención en favor del protagonismo de las mujeres y sus familias. A partir de este antecedente se producen una serie de iniciativas con el objeto de “humanizar” el parto. De estas propuestas derivan las “maternidades centradas en la familia”, la ambientación de las salas de parto en estilo hogareños y progresivamente un conjunto de normativas y propuestas para recuperar el nacimiento como evento social, sexual y saludable.

En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formuló los diez principios que deberían regir la atención perinatal. Estos principios proponen la no medicalización; la reducción al mínimo posible de intervenciones que alteren el proceso; el uso de tecnología apropiada aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores; que la atención se apoye en la evidencia científica disponible; la descentralización del sistema de atención de la salud basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario; la atención multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, científicos sociales; la integralidad de la atención teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias; la atención apropiada, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales, tener en cuenta los deseos y por último el respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Desde entonces las iniciativas de transformar el nacimiento han prosperado en infinidad de propuestas y recomendaciones<sup>68</sup> pero el

---

<sup>68</sup> GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA -UNICEF - Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina 4ta. Edición - noviembre 2010

protocolo intervencionista se sigue transmitiendo como algo central. Este protocolo tecnificado constituye el adiestramiento elemental que se requiere para obtener la certificación de la especialización profesional.

La formación práctica es la que sistematiza, sostiene y reproduce el rito del parto medicalizado. Funciona como realidad paralela a las leyes vigentes, las recomendaciones de la OMS y OPS y las normativas perinatales de los gobiernos locales. Quienes no pueden sostener su actuación en el escenario de la medicalización del parto se abren caminos alternos.

Como consecuencia de la larga historia esbozada en el capítulo II, el desconocimiento sobre lo reproductivo es lo que prima. Especialmente sobre el parto, el temor al dolor y a la muerte son los significantes privilegiados. En este contexto se asume que el ritual medicalizado del parto es la única opción para salvaguardar la vida y la salud. Entonces el parto y el cuerpo son delegados en manos de expertos que saben lo que los cuerpos olvidaron. Así y sólo así se puede evitar la muerte y los riesgos que implica parir.

A su vez el sistema de atención obstétrica también se basa en el miedo y el riesgo. El riesgo se configura como el elemento clave para manipular emocionalmente a las gestantes. La subordinación a la tecnología es justificada por el riesgo. Incluso este temor lleva a muchas personas a solicitar la cesárea para evitar los riesgos del parto. Paradójicamente, en esta argumentación la cesárea como procedimiento quirúrgico es experimentada como sin riesgos, mientras que el parto como proceso fisiológico emerge como proceso incontrolable y riesgoso. Es una de las polaridades Naturaleza / Cultura que señala Valeria Fornes (2009:10) en “Cuerpos, cicatrices y poder” y que Alejandra Roca (2020:50-51) ubica como “dualismos ontológicos” que organizan la comprensión del mundo, es decir de oposiciones lógicas que configuran la matriz simbólica de la racionalidad científica.

Estos dualismos ontológicos posicionan al conocimiento científico como el único instrumento que puede descifrar los secretos de la naturaleza y de los cuerpos y transforma a los expertos en traductores o “mediums” que pueden leer, comprender y explicar cómo funciona el mundo natural.

“El proceso de constitución de la ciencia y la tecnología modernas está vinculado a lo que varios autores llaman el “proyecto moderno de control de la naturaleza”, el cual constituye un modelo de poder y conocimiento. Si bien la dimensión política está suprimida en la habitual imagen y el discurso de la ciencia hegemónica, lo que constituye a la ciencia moderna es justamente esta dimensión de poder. Esto responde a que el proyecto de control de la naturaleza es inherente a la Modernidad; de hecho, en el siglo XVIII el conocimiento científico se despliega en la exploración de ese nuevo mundo a disposición, gracias a la expansión colonial y la explotación de sus recursos naturales” (Roca, 2020:51).

Se trata de los mismos dualismos que operan como vectores de jerarquización de la vida social en las sociedades jerarquizadas que se apoyan sobre el fundamento simbólico de la desigualdad sexual derivada del dualismo “Masculino / Femenino” (Rubin, 1986, Segato, 2003; Hercovich, 2016; Heritier, 2007; Bourdieu, 2000).

Tanto la naturaleza, como los cuerpos y la diferencia sexual se construye, se transmite y se legitima a partir de este dualismo ontológico (masculino/femenino) en los espacios de socialización primaria y se reimprimen y refuerzan en cada espacio institucional de la vida social y en cada uno de sus actos rituales. Para Rita Segato (2003) estos opuestos constituyen la materia prima, que modela todas las relaciones de poder existentes, la estructura basal de todas las desigualdades sociales. El parto es una escena privilegiada para la construcción de la diferencia sexual como principio organizador de lo social.

Esther Vivas (2020:116) describe cómo progresivamente el sistema de salud va a ocupar el espacio de poder de la Iglesia. El dolor del parto

puede ser eliminado con anestésicos y así la amenaza de un dolor insoportable se transforma en un instrumento disciplinador. Por ello cuando las mujeres aceptan la anestesia el equipo de salud lo asume como un logro. Cuando se presentan casos de mujeres que no experimentan dolores intensos se los toma como excepción. Esa información se oculta porque no sentir dolor es contravencional al desobedecer el mandato bíblico. La autora distingue entonces entre dolor y sufrimiento. El dolor es una situación transitoria mientras que el sufrimiento remite a una experiencia psicológica traumática que deja su huella más allá del momento del parto. La anestesia evita el dolor, pero induce el sufrimiento generado por la impotencia, el temor y la dependencia de procesos intervencionistas. Así la maldición bíblica se resuelve bajo una nueva condición: parirás sin dolor, pero con sufrimiento.

Hace algunas décadas se fue instalando en el imaginario de las gestantes que la cesárea es superior al parto. Muchas mujeres solicitan expresamente que les hagan cesárea desde el primer control gestacional. Según como se mire este acontecimiento puede ser significado como el triunfo de la medicalización total del nacimiento y como una forma extrema de colonialidad sobre los cuerpos.

También hay quienes interpretan que este fenómeno está vinculado a la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Son interpretaciones que pueden tener coherencia con las situaciones vigentes, pero también se fundan en omisiones y desconocimientos. Por ejemplo, la cesárea en tanto que acto quirúrgico entraña mayores riesgos que un parto fisiológico y es un factor de estrés para los equipos intervinientes. Casi no se producen nacimientos los fines de semana o los feriados, ni fuera del horario laboral. Las cesáreas permiten la programación en agenda según las necesidades del profesional y de las instituciones sanitarias, especialmente en el ámbito privado. Es un procedimiento que además normaliza el riesgo como algo inherente al nacimiento.

La tecnificación del nacimiento que resulta homóloga a la tecnificación de la agricultura y la ganadería constituye uno de los mecanismos centrales que caracterizan a los procesos de tecnificación de la vida en el horizonte racional de la modernidad que en nuestros días asume formas extremas.

Hay por un lado una cuestión de “colonización” ideológica respecto de que todo intervencionismo y aplicación de recursos tecnológicos en cuestiones de salud implican un avance indiscutible. A esto se suma el argumento salvacionista, también indiscutible y que sostiene que sin las intervenciones la mortalidad materno-infantil es extrema. Y desde luego las creencias que establecen el parto (y la maternidad) como un evento sufrante y victimizante. En este marco las cuestiones rituales que “marcan” los géneros se inscriben sin discusión como procedimientos legítimos. A todo esto, podemos agregar el rasgo etnocéntrico de la ciencia que cataloga como “salvaje” a las prácticas de cuidado de la salud de los pueblos no civilizados. Entonces “hippie” emerge como aquella posición que cuestiona los sesgos etnocéntricos y sexistas de la obstetricia. El término “hippie” antes que en las entrevistas apareció en las primeras clases de taller de tesis (allá por el año 2019) desde la apreciación de una integrante del equipo docente cuando fueron presentados los primeros esbozos del proyecto de investigación. Fue así que cuando en las entrevistas aparece la palabra “hippie” adquiere una relevancia singular.

El camino que lleva a devenir doula, partera, activista está signado por experiencias personales penosas y la búsqueda de reparar la herida a partir de problematizar la crueldad sufrida en carne propia. Este camino se encuentra con la búsqueda de parteras y asociaciones de profesionales del parto que vienen presentando propuestas para transformar la atención obstétrica.

El proyecto de ley de Casas de parto tiene esa intención. Sin embargo, su presentación ha desatado fuertes cuestionamientos, tanto de legisladores como de sociedades médicas, en especial de la Sociedad

Argentina de Pediatría. Estas resistencias, comparables a los debates previos a la promulgación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, son una evidencia de las disputas de poder existentes en torno al parto. Según la Sociedad Argentina de Pediatría, la sola existencia de las leyes de parto humanizado y de protección de violencia hacia las mujeres son garantía para un cambio de paradigma. Pero se insiste en que el parto es un evento de riesgo y hay una situación de impermeabilidad al cambio.

Uno de los puntos más polémicos del proyecto de Casas de Parto es su revalorización del rol de las parteras, ya que las coloca como directoras de estos centros asistenciales. El fundamento de esta elección se basa justamente en la necesidad de despatologizar el nacimiento. Es una propuesta de carácter no elitista, disponible para toda la población de manera gratuita.

Este proyecto perdió vigencia parlamentaria por segunda vez en el año 2023. Actualmente la provincia de Buenos Aires retomó la iniciativa y en sintonía con la Ley provincial (14.802, modificatoria de la 11.748) habilita a las obstétricas a asistir en domicilio, en casas de partos y dónde suceda un nacimiento. Otra vez estamos ante la aplicación singular de una norma. El parto no medicalizado transcurriendo en los intersticios, los pliegues, como una excepción.

A partir de fines del siglo XX, desde los movimientos por la humanización del nacimiento hasta las actuales propuestas y movilizaciones de profesionales, acompañantes y usuarias del sistema de salud, se viene produciendo un debate profundo y también una serie de propuestas que desde los márgenes proponen un cambio de paradigma en la atención del parto. Con propuestas diversas que van desde la atención particular de las parteras independientes, hasta los proyectos como el de Casas de Parto, pensadas para el acceso universal de toda la población y en articulación con el subsistema público de salud, se vislumbran experiencias alternativas y concretas de transformación en la escena del nacimiento. Son más de veinte

años de movilizaciones y propuestas para cambiar un paradigma sobre la reproducción y el parto que lleva casi 500 años de construcción histórica.

Así, la humanización del parto adquiere un carácter que es resistido porque se presenta como amenaza, como elemento de perturbación y disolución del orden social. Lo que está en disputa no es parir sin atención, sino con la atención adecuada.

Aún hoy en día, el parto humanizado y quienes lo practican no pueden escapar al estigma de hippies. No alcanza que sea ley para cambiar una larga historia. Evidentemente, el parto es un hecho social poderoso cuyos significados e interpretaciones afectan a la vida social en su conjunto.

En el presente un escenario en el que los partos fueran placenteros resulta intolerable, imposible. El miedo a la salud y a la vida están en el horizonte del rechazo al parto humanizado. No hay un argumento que valide esto, a excepción de seguir sosteniendo a la *“violencia como partera de la historia”*.

Parfraseando a Casilda Rodríguez (2010:53) *“No hay salud ni prevención posible en una sociedad que descansa en la represión y en las relaciones de dominación”*.

Como hemos analizado en los antecedentes sobre el tema, el marco conceptual y en el capítulo II, la historia del parto violentado está íntimamente relacionada con la historia de la modernidad occidental y el surgimiento del capitalismo. Esa historia que se inaugura con la gran matanza y persecución de las brujas, el genocidio de los pueblos y la cosificación de la naturaleza como nos enseña Silvia Federici en Calibán y la Bruja.

Actualmente, tanto la lucha contra la violencia gineco obstétrica como las acciones en pos de la humanización del parto se organizan en dos niveles. A nivel macro tenemos el accionar de los organismos internacionales que sistematizan la información global y proponen

recomendaciones (ONU, OMS) y las plataformas de acción local (nacionales y provinciales) que en base a las leyes vigentes establecen las normativas. A nivel micro, el universo de acción es el de las redes de mujeres y de profesionales/acompañantes (obstétricas, obstetras, doulas, puericultoras) que desde los márgenes impulsan el parto humanizado denunciando las violencias y proponiendo alternativas superadoras que van desde la difusión de saberes, el acompañamiento de gestaciones y la presentación de proyectos de ley para que el nacimiento en el marco de los derechos humanos esté al alcance de toda la población.

En el medio, entre estas dos esferas, encontramos las prácticas rutinarias que insisten en la medicalización y las violencias como normalidad instituida y de difícil transformación. Esa zona intermedia parece impermeable a la humanización del parto. Constituye el núcleo duro que es necesario conmover para lograr las transformaciones necesarias para que el parto deje de ser una escena temida, un castigo o una enfermedad. Desde ese centro el parto humanizado es a la vez una prerrogativa impracticable de los organismos internacionales y un reclamo de rebeldes, hippies y brujas.

Mientras las acciones de denuncia, resistencia y cambio insisten desde los márgenes (tanto las relativas a los niveles macro de los organismos y plataformas internacionales, las leyes y normativas locales y las propias del registro microsocioal –mujeres, doulas, hippies y activistas) la persistencia de prácticas que mutilan, torturan y patologizan el parto, evidencia el carácter eminentemente simbólico y político de la violencia obstétrica. La violencia gineco-obstétrica es el dispositivo por excelencia que encarna ese rol de “partera” de la historia. Una historia que es imprescindible transformar.

## **Bibliografía**

- Arenas, Patricia; Isaac, Rosa; Canevari, Cecilia (2008): Los servicios públicos de salud como espacio de enseñanza aprendizaje: el caso de una maternidad pública en Santiago del Estero. IX Congreso de Antropología Social “Fronteras de la Antropología”.  
www.caas.org.ar
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014): La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 145-169 Universidad de Costa Rica San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.
- Argüello Avendaño, Hilda y Mateo González, Ana (2014): Parteras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. XII, N° 2, julio-diciembre, México, pp. 13-29. ISSN: 1665-8027.
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Alejandro Cattaruzza, Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943). Buenos Aires: Sudamericana.
- Azara, Félix de (1998): “Viajes por la América Meridional”. Tomo II. Capítulo X. De los indios salvajes. Ediciones El Elefante Blanco. Buenos Aires, Argentina.
- Barrancos, Dora (1991) Contracepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública. Revista de Estudios Sociales. N°1- CEIT. CONICET. UNICAMP, Brasil.
- Belli, Laura (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7):

25-34, enero - junio 2013. ISSN 2077-9445

- Berzain Rodriguez, Mary y Camacho Terceros, Luis (2014) Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica, vol. 17, núm. 2, 2014, pp. 53-57 Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2013). Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina, 1900-1960. Buenos Aires: Biblos.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde- Manghuinos*, 2(15), 331-351. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000200006>
- Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Julio-agosto nº042. Antropólogos Iberoamericanos en Red. Madrid. España. ISBN 15789705
- Bordelois, Ivonne (2009) A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre (2000) La Dominación Masculina. Anagrama. Barcelona.
- Calafell, Nuria (2015) La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. Publicado en Cuestiones de Género. Igualdad y Diferencia Revista de la Universidad de León. <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/cuestionesdegenero>
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Enero/junio 2009. Vol. 14, nº32. Pag. 147-162

- Campliglia, Mercedes (2017) Erosionar la Institución. Revista Nueva Antropología. Volumen 30, n°86. México.
- Canevari, Cecilia (2011) Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. Barco Edita. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia (2017) Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres:  
 derechos, autonomía y violencia. Tesis Doctoral con Orientación en Género. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. 273 p.
- Castrillo, Belén (2018). Relatos de parto: Instrumentos de ciberactivismo feminista hacia una ciudadanía reproductiva. Revista Prácticas de Oficio, v.1, n. 21, jun.2018 - dic2018  
[ides.org.ar/publicaciones/practicadeoficio](http://ides.org.ar/publicaciones/practicadeoficio)
- Castrillo, Belén (2019) “Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de la plata (2013-2019)”. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de La Plata.
- Castrillo, Belén (2019b) El poder de parir está en tensión. BORDES, MAYO-JULIO DE 2019. REVISTA DE POLÍTICA, DERECHO Y SOCIEDAD ISSN 2524-9290 <http://revistabordes.com.ar>
- Castrillo, Belén (2020) Parir entre Derechos Humanos y la Violencia Obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. Revista Encuentros Latinoamericanos, Segunda Época, Vol. IV N°1 enero-junio. ISSN1688-437X.
- Castro Roberto y Erviti Joaquina (2015) Sociología de la práctica Médica

autoritaria Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Universidad Nacional Autónoma de México.

Chakrabarti, Pratik (2014) *Medicine and Empire 1600-1960*. United Kingdom: Palgrave Macmillan

Chiarotti, Susana et al (2003) *CON TODO AL AIRE*. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Instituto de Género y Desarrollo INSGENAR / CLADEM

Climent, Irma Graciela (1987) *Tecnología Apropiaada en obstetricia* definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud. *Revista Saúde*, Sao Paulo, Brasil. 21 (5) pp 413-426.

Da Matta, Roberto. 1999. "El oficio del etnólogo o como tener "Anthropological Blues". En *Constructores de Otredad*. Antropofagia, Buenos Aires. pp.172-178

Davis-Floyd, Robbie (1992) *Birth as An American Rite of Passage*, Robbie Davis-Floyd. Berkeley: Univ. of California Press.

Davis-Floyd, Robbie (1993) "The technocratic model of birth". En: Tower Hollis, Susan et al (ed.) *Feminist Theory in the Study of Folklore*. U. of Illinois Press, pp. 297-326.

Davis-Floyd, Robbie. (1994) "The Rituals of American Hospital Birth". *Conformity and*

*Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8th ed., David McCurdy, ed., HarperCollins, New York.

Davis Floyd, Robbie; Davis, Elizabeth (1996) *Intuition as authoritave knowledge in midwifery and home birth*. In: *Medical Anthropology Quarterly*. June. N°10 Vol.2 pp.237-269.

- Davis Floyd, Robbie (2000) Mutual Accommodation or biomedical Hegemony? Anthropological perspectives on Global Issues Midwifery. Midwifery Today, March 2000, pp 12-17, 69-89. Research Gate.net
- Deleuze, Gilles y Parnet, Claire (1980) *Diálogos*, Pre-textos, Valencia, pp. 69-72.
- De Sousa Santos, B (2010) *Descolonizar el Saber. Reinventar el Poder*. Ediciones Trilce. Montevideo. Uruguay.
- Do Pico, Marina (2018) Las hierbas de la emancipación: aborto, biopolítica y soberanía posted on : 12 de junio de 2018.  
<https://www.revistaamazonas.com/2018/06/12/las-hierbas-de-la-emancipacionaborto-biopolitica-y-soberania/#ancla1>
- Dussel, E. (2004) *Sistema-mundo y transmodernidad*. El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África, México
- Edholm, Felicity; Harris, Olivia; Young, Kate (1977) Conceptualising Woman. *Rev. Critique of Anthropology* N°3, pp. 9-10.
- Ehrenreich, Bárbara y English Deirdre (1981) *Brujas, Parteras y Enfermeras*. Edición Española, Editorial La Sal, Barcelona.
- Ehrenreich, Bárbara y English Deirdre (1990) *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus, D.L. 1990, ISBN: 84-306-0149-X
- Ehrenreich, Nancy (1993) The Colonization of the Womb. *Duke Law Journal*, Vol. 43, No. 492, 1993, U Denver Legal Studies Research Paper, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2927017>
- Engels, Frederick (1981). *El Origen de la Familia, la Propiedad privada y el Estado*. En Marx, Karl y Engels, Frederick *Obras Escogidas*. Tomo 3, págs. 203-352. Editorial Progreso. Moscú.

- Fausto Sterling, Anne (2006) *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad.* Ediciones Melusina. Barcelona, España.
- Federici, Silvia (2010, 2015) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Ediciones Tinta Limón. Buenos Aires.
- Federici, Silvia (2015b). *Revolución en punto Cero.* Tinta Limón Ediciones. Buenos Aires.
- Felitti, Karina (2011a) *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980).* *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129.
- Felitti, Karina (2011b) *Entre el deber y el derecho: Maternidad y Política en la Argentina del siglo XX, Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la argentina, Introducción.* Felitti, K (Coordinadora) Ediciones Ciccus, Buenos Aires. Pag. 23-52
- Felitti, Karina (2014) *Hacia una historia del parto en la Argentina: saberes, mercado y experiencias femeninas en la segunda mitad del siglo XX.* En: *De las hormonas sexuadas al viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil.* Agustina Cepeda... [et.al.]; compilado por Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu. - 1a ed. - Mar del Plata: EUDEM, 2014.
- Felitti, Karina y Abdalá, Leila (2018) *El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos en Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas/* Georgina Sánchez Ramírez y Hanna Laako, editoras. - San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur, 2018. Pag.95-121
- Fleisher, Soraya (2005) *Doulas como “Amortecedores afetivos” Notas etnográficas sobre una nova acompanhante de parto.* Ciencias

Sociais Unisinos. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Brasil.  
2005. Pp 1-12. RedAyLC.org

Fornes, Valeria Lucía (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Fornes, Valeria Lucía (2010). Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Fornes, Valeria (2011) Parirás con poder, pero en tu casa, en Felitti, Karina (comp) *Madre no hay una sola, Experiencias de Maternidad en la Argentina*. Ediciones Ciccus. Buenos Aires. Pag.133-155

Fornes, Valeria (2018). Dos dedos en “V”: entre resistencias y revictimizaciones. Una etnografía feminista de los hitos de la politización del parto. Tesis de Maestría en Estudios de Familia, Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín.

Foucault, Michel (1963/2004) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.

Foucault, Michel (1978/1992) *Genealogía del Racismo*. Undécima Conferencia. Ediciones La Piqueta Madrid.

Foucault, Michel (1980/1991) *Microfísica del Poder*. Ediciones La Piqueta. Madrid, España

Gallego Caminero, Gloria y otros (2005) *Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó*.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/MKsHcxsgydfgcvxjZchkN6m/?lang=>

es&format=pdf.

- Garay, Ricardo (2008) El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En Tarducci, M. Org.: Maternidades en el Siglo XXI. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- García Becerra, Andrea (2020) Cotidianidad y prácticas campesinas. Etnografía en territorios minifundistas del norte de los Andes. Proyecto de Tesis Doctoral, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Gélis, Jaques (1991) History of Childbirth: Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe, Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, Ervin (1977/2001) Internados. Amorrortu Editores, Argentina.
- Geertz, Clifford (1973/2003) La Interpretación de las Culturas. Serie CLA.DE.MA Antropología. Gedisa Editorial. Barcelona. España.
- Greco, Lucrecia R. y otrxs (2019) El Parto Planificado en Domicilio (PPD) como práctica de *cuidanía* Relevamiento cuali-cuantitativo de experiencias en Argentina (2000-2018) Vol.05 N°04 Out./Dez.2019. <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>
- Good, Byron J.: "How medicine constructs its objects" Cap 3. En: Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge University Press. 1996.
- Guber, Rosana (2001) Etnografía, Método, Campo y Reflexibilidad. Cap. 2, 3 y 4. Editorial Norma. Buenos Aires.
- Guber, Rosana (2004) El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Cap. 10, 11 y 12. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Hammersley, Martin y Atkinson, Paul (1994). Etnografía. Métodos de

- Investigación. Cap. 5 y 7. Editorial Paidós. Barcelona.
- Haraway, Donna (1991) *Ciencia, Cyborgs y Mujeres. La reinención de la Naturaleza*. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia. España.
- Harding, Sandra (1998) *¿Existe un método feminista?* Trad. De Gloria E. Bernal. *Is there a Feminist Method?* En *Feminism and Methodology*, Bloomington, Indianápolis, Indiana University Press, 1987.
- Harvey, David (2005) *El Nuevo Imperialismo, Acumulación por desposesión*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
- Heritier, Françoise (2007) *Masculino/Femenino II: Disolver la Jerarquía*. Barcelona. Fondo de Cultura Económica.
- Hercovich, I. (2016). *Géneros y Violencias: revisión y actualización conceptual y metodológica para la investigación y las políticas*. [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Herrero, Yayo (2018) *Ecofeminismos: apuntes sobre la dominación gemela de mujeres y naturaleza*. Revista Ecología Política Nro. 54. Icaria Editorial, Barcelona
- Hernández Garre, J. Manuel y Echevarría Pérez, Paloma (2015) *El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad*. Revista de Antropología Iberoamericana [www.aibr.org](http://www.aibr.org) Volumen 10 Número 3 septiembre - diciembre 2015 Pp. 401 – 426 Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red. ISSN: 1695-9752 E-ISSN: 1578-9705
- Hunter, William (1774) *The Anatomy of the Human Gravid Uterus. Exhibited in figures*. Edited by John Baskerville. Birmingham, London.

- Illich, Ivan (1975) *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. Breve Biblioteca de Respuesta. Barral Editores.
- Jerez, Celeste (2015) *Etnografía de la politización del parto en la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas. FFyL, UBA
- Jerez, Celeste (2017) *Lo personal es político. Etnografía de la Politización del Parto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* Seminario Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, ISSN 2179-510X
- Jordan, Brigitte (1978/1993) *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Fourth Edition, Brigitte Jordan. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Inc.
- Latour, Bruno (2004) *How to talk about the body? The normative dimension of science studies*. *Body & Society*, n° 10 (2-3), pp.205-229. fahal-01019910
- Le Bretón, David (2018) *“La sociología del cuerpo”* Ediciones Siruela, Madrid
- Lehner, María Paula (2012) *Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización*. En: Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Gabriela Wald (compiladoras) *Salud, Sociedad y Derechos*
- Lévi-Strauss, Claude (1968/1970) *Antropología Estructural*. Capítulo X. *La Eficacia Simbólica*. Pag- 168-183. Manuales de EUDEBA Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Levi-Strauss, C. (1985). *Las Estructuras Elementales del Parentesco*. Tomo I y II. Planeta Editorial. Barcelona.
- Lévi-Strauss, Claude (1991) *“Introducción a la obra de Marcel Mauss”* en

Marcel Mauss Sociología y antropología, Tecnos, Madrid.

Lois, Paula Ianina (2021) Entre la persecución y la instrucción: las comadronas y parteras diplomadas porteñas de inicios del siglo XX. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 73 (2) julio-diciembre 2021, p568 ISSN-L: 0210-4466 <https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.26>

Lugones, Maria (2008). "Colonialidad y Género". *Tabula Rasa*, Jul-Dic, 73-101.

Martin, Emily (1987) *The Woman in the Body*. Beacon Press: Boston.

Martin, Ana Laura (2018) Partear y cuidar en Buenos Aires (1877-1920). Una aproximación comparativa. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, junio 2018, vol. 18, n° 1, e061. ISSN 2314-257X. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro de Historia Argentina y Americana

Marx, Carl (1867/2002) *El Capital*. Tomo I. Vol. III. Cap. XXIV. Ediciones Siglo XXI. México.

Mauss, Marcel (1991) "Ensayo sobre el don" en *Sociología Y Antropología*, Tecnos, Madrid, pp 155-263.

Mbembé, Aquille (2011) *Necropolítica y Sobre el Gobierno Privado Indirecto*. Traducido por Elisabeth Falonir Archamboult. Editorial Melusina, España.

Meillasoux, Claude (1975/2005) *Mujeres, Graneros y Capitales – Siglo XXI -12 edición – México – 1975*

Menéndez E. L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 ág. 451- 464.

Menéndez, Eduardo (1992) *La antropología médica en México*. Universidad

Autónoma Metropolitana. México, pp. 97-113.

Mies, María (1999) Patriarcado y acumulación a escala mundial. Traficantes de sueños. Mapas. Madrid.

Mies, María y Shiva, Vandana (1997) La Praxis del Ecofeminismo: Biotecnología, Consumo y Reproducción. Icaria Antrazyt. Mujeres, voces y propuestas. Barcelona.

Mignolo, Walter (2000) La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. CLACSO, Biblioteca Virtual, [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708044529/5\\_mignolo.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708044529/5_mignolo.pdf)

Miranda, M. (2011) Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina. Editorial Biblos, Argentina

Miranda, M. (2012) Una Historia de la Eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales, 1912-1945. Editorial Biblos, Argentina.

Montiel, Marta y Perez Neira, David (2013) Agroecología y Ecofeminismo para Descolonizar y Despatriarcalizar la alimentación globalizada. Revista internacional de Pensamiento Político - i Época - vol. 8 - 2013 - [95-113] - sin 1885-589X

Nari, Marcela (2004) Políticas de Maternidad y Maternalismo Político. Editorial Biblos. Buenos Aires.

Papuccio de Vidal, Silvia (2018) Capítulo 1: El ecofeminismo como propuesta plural y emancipadora, en Teoría y praxis del ecofeminismo en la Argentina (Papuccio de Vidal y Ramognini Coordinadoras) Librería de Mujeres Editoras. Buenos Aires, Argentina.

Papuccio de Vidal, Silvia y Ramognini, María Elena (2018) Teoría y Praxis

del Ecofeminismo en la Argentina. Capítulo 4: Mujeres, Resistencias y Alternativas Decoloniales. Librería de Mujeres Editoras. Buenos Aires, Argentina.

Perez Bustos, T. Tobar Roa, V. y Márquez Gutiérrez, S. (2016) Etnografías de los contactos. Reflexiones feministas sobre el bordado como conocimiento. Revista Meridianos. Pp. 47 a 66. Colombia.

Preciado, Paul Beatriz (2019) Un apartamento en Urano. Editorial Anagrama. Argentina.

Quijano, Anibal. (2000) “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina” en Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales. 201-246. CLACSO-UNESCO 2000, Buenos Aires.  
Quijano, Anibal. 1991.

Quiroz, Lissell (2016) Descolonizar el saber médico. Obstetricia y Parto en el Perú contemporáneo (siglos xix y xx). Reseau d' études décoloniales. 2 Septembre 2016.

Ramognini, María Elena (2018) El cuerpo como territorio: entre la conquista y la emancipación. En Teoría y praxis del ecofeminismo en la Argentina (Papuccio de Vidal y Ramognini Coordinadoras) Librería de Mujeres Editoras. Buenos Aires, Argentina.

Ramognini, María Elena (2019) La “salud sexual y reproductiva” como campo de dominación colonial. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Rich, Adrienne (2019) [1976] Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Traficantes de Sueños. Mapas 54. Madrid.

Rivera Cusicansqui, Silvia (2018) Un Mundo Ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis. Ediciones Tinta Limón. Buenos Aires,

Argentina.

Roca, Alejandra (2019) Ciencia, Cuerpo y Poder. En La discapacidad desde la perspectiva de las Humanidades Rusler Verónica et al Comps. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Colección Saberes, pp 47-81.

Rodrigañez Bustos, Casilda (2010) Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación orgásmica del útero espástico y la energía sexual femenina. Editorial Madreselva. Buenos Aires.

Rote Zora (2012) Compilación de los manifiestos de las Zorras Rojas alemanas. SI luchas puedes perder, si no luchas estás perdida. [https://www.feministas.org/IMG/pdf/rote\\_zora\\_-\\_rote\\_zora.pdf](https://www.feministas.org/IMG/pdf/rote_zora_-_rote_zora.pdf)

Rubin, Gayle (1996) [1975] "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo". En Lamas, Marta (compiladora) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México y Miguel Angel Porrúa, México DF.

Sadler, Michelle (2004) "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto". En Sadler, Acuña y Obach, acer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.

Salsa, Jorge y Salsa Cortizo, Victoria (2019) El ordenamiento jurídico de la obstetricia profesional en el ámbito de la provincia de Buenos Aires: Diálogos entre la antropología y el derecho. Revista Jurídica Electrónica. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Año IV, n°6.

Segato, Rita (2013) La Escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en ciudad de Juárez. Territorio, Soberanía y Crímenes de Segundo

Estado. Ed. Tinta Limón. Buenos Aires

Segato, Rita (2015) La Pedagogía de la crueldad. Entrevista de Verónica Gago a Rita Segato. Suplemento Las 12 Diario Página 12. 29 de mayo de 2015. Buenos Aires.

Segato, Rita (2018) Contrapedagogías de la crueldad. Editorial Prometeo. Bs. As. Argentina

Segato, Rita (2003) Las estructuras elementales de la violencia. Editorial Prometeo, Buenos Aires.

Simonovic, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe ONU [en línea]. Recuperado de [https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf)

Sims, James Marion (1884) The Story of my Life. D. Appleton & Company, 1, 3 and 5 Bond Street. New York.

Scott, Joan (1992) Experiencia en Feminist Theorize the Political, Butler, Judith & Scott, Joan editoras. Rutledge Inc. Grupo Taylor & Francis. Traducción de Moisés Silva, pp 41-72.

Shelton, Donald C. (2010). The Emperor New Clothes. Journal of the Royal Society of

Medicine. JRSM 103: 46-50

Shelton, Donald C. (2014) Murder and Anatomical Research – 1732-1832,

[http://researchgate.net/profile/Don\\_Shelton](http://researchgate.net/profile/Don_Shelton)

Smellie, William (1754) A Sett of Anatomical Tables with Explanations and an abridgement of the practice of midwifery. London.

- Tarducci, Mónica (2008) *Maternidades en el Siglo XXI*. Cap. 1. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Tarducci, Mónica (2011) *Prologo de Cuerpos Enajenados, Experiencias de Mujeres en una Maternidad Pública de Cecilia Canevari*, Barco Edita. Santiago del Estero.
- Tornquist, Cármen (2003) "Paradoxas da humanizacao em uma maternidade no Brasil". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S419-S427, 2003.
- Turner, V. (1969/1995) *The Ritual Process: Structure and anti-structure. Foundations of Human Behaviors*. Transaction Publisher. London.
- Valle Racero, Juan Ignacio (2002) El saber y la práctica de las Matronas: desde los primeros manuals hasta 1957. *Revista Matronas Profesión*. Año 9, pág. 28-35.
- Van Hollen, Cecilia (1994) Perspectives on the anthropology of birth: A review. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 18, 501.
- Vaquero Puertas, Carlos y Otros (2018) La cirugía del Renacimiento. El tratamiento de las heridas de Guerra. *Revista de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*. Año 55, pág. 137-148.
- Villanueva-Egan, L (2012) Semmelweis: Investigación operativa para prevenir muertes maternas en el siglo XIX. *Revista CONAMED*, Vol.17, Suplemento 1, pág. 42- 47. ISSN1405-6704.
- Viveros Vigoya, Mara (2004) Dominación Masculina y perspectivas de cambio: desnaturalizar la jerarquía. En *Revista Magüaré* N°18, pag.332-337. Universidad Nacional de Colombia.
- Washington, Harriet (2006) *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. Random House. USA.

Yáñez, Sabrina Soledad (2013) De la caza de Brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: Reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* N°37. Vol. I. Argentina.

Yáñez, Sabrina Soledad (2015) De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001-2013). Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Letras (UBA)

#### **Fuentes consultadas:**

1. Primer Índice Nacional de Violencia Machista/2016, impulsado por el colectivo #Ni Una Menos#.
2. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG / Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), Informes 2017-2018.
3. 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP Gestión, Ministerio de Salud Argentino-OPS/OMS, 2018.

#### **Documentos**

CEDAW/C/49/D/17 (2008), caso Aline Pymmentel Texeira.

Naciones Unidas (2019) Asamblea General del 11 de julio de 2019. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica OPS/OMS (2016) [www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=cesárea](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=cesárea)  
s.