



FLACSO
ARGENTINA

Área de Género, Sociedad y Políticas

MAESTRÍA EN GÉNERO, SOCIEDAD Y POLÍTICAS

CUERPO, TUTELAJE Y EXPROPIACIÓN

**- VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN SU EXPERIENCIA DE
MATERNIDAD -**

Autora: Rosa Alejandra Isac

Directora de Tesis: Débora Tajer

Directora asociada: Cecilia Canevari

**Tesis para optar por el grado académico de Magíster en
Género, Sociedad y Políticas**

Fecha: (13/10/17)

ÍNDICE

Resumen/Palabras Clave – Abstract/Key Words.....	1	
Introducción.	4	
Agradecimientos.	7	
CAPÍTULO I.		
Definiciones éticas-políticas-teóricas-metodológicas.		
Auto-socioanálisis: pensando en quien objetiva.....	8	
Una primera aproximación a las categorías.....	14	
Estado de la cuestión.....	31	
Decisiones/definiciones metodológicas para abordar el campo.....	45	
CAPÍTULO II.		
“Como un perro”. Una mirilla por donde observar las políticas de sexualidad en Santiago del Estero.....		49
CAPÍTULO III.		
¿Dónde van a parar las historias sociales de las mujeres cuando ingresan a la Maternidad?.....		70
CIERRES Y APERTURAS.		
Mirita. Un tratado para pensar una política de sexualidad desde una epistemología de las mujeres. Una cruzada desde el Sur.		87
Bibliografía.	101	
Anexo I.....	117	

RESUMEN

El sentido de este trabajo es analizar, desde lo discursivo y desde las prácticas, los dispositivos de salud desplegados por los/as profesionales de salud sobre las mujeres que van a parir en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional de Santiago del Estero y los efectos que esto tiene en los cuerpos y las representaciones de las mismas, dando cuenta de las historias que se invisibilizan.

La investigación y el trabajo de campo que sientan las bases de esta tesis se llevaron a cabo entre los años 2005 y 2012. El contexto de realización fueron dos proyectos de investigación, dirigidos por Patricia Arenas, con la evaluación y el financiamiento del Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. En ellos, reconstruimos las experiencias de las mujeres al momento de parir en el Hospital Regional, sus padecimientos y sus estrategias de resistencia ante las violencias; pudimos conocer y reflexionar sobre las representaciones y las prácticas del personal de salud en el momento de la atención; registramos las rutas críticas de las mujeres para poder acceder al reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, como las ligaduras tubarias durante procesos de parto, vinculando la pobreza con las políticas y los derechos de las mujeres.

Se incluyen las intervenciones y las articulaciones sostenidas al operar como funcionaria del Poder Ejecutivo en Santiago del Estero, entre los años 2011 y 2016, trabajando insistentemente para garantizar a las mujeres el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

La intención es poner a disposición un esbozo de otra política de sexualidad posible, que recupere las voces de las mujeres, sus derechos y necesidades, sus empeños, en este particular rincón del mundo, por lo que se recurre a la etnografía como perspectiva metodológica.

La etnografía, como forma producción de conocimientos y como perspectiva, permite confrontar las representaciones y las prácticas de los/as agentes de salud, siguiendo la secuencia de discursos usados para eufemizar y naturalizar sus prácticas violentas pero, también, sus prácticas de resistencia y sus pequeñas libertades en el

marco de este dispositivo. También posibilita registrarla reflexividad de quien investiga y la forma en que se expresa en la construcción de conocimiento.

El desafío ético político asumido en la escritura de este texto, es poder develar los dispositivos de sexualidad erigidos en torno a la atención de las mujeres en el momento de parir en una Maternidad pública de Santiago del Estero, mostrando los mecanismos de normalización y disciplinamiento que se utilizan sobre sus cuerpos y sus vidas, a través de normativas, protocolos, reglas, resoluciones. Se invita a reflexionar sobre las prácticas y las tecnologías desplegadas por los/as agentes de salud, que se consuman en la maternalización y la medicalización de los cuerpos de las mujeres.

Palabras Clave: Mujeres - Violencia - Políticas – Salud

ABSTRACT

The purpose of this paper is to analyze, through language and practices, the health devices deployed by the health professionals on the women who are going to give birth in the public maternity of the Regional Hospital of Santiago del Estero and the effects that this has in the bodies and the representations of those women, giving account of the stories that would otherwise remain untold.

The research and the fieldwork that lay the foundation of this thesis were carried out between the years 2005 and 2012. The context of production were two research projects, directed by Patricia Arenas, with the evaluation and the financing of the Council of Scientific and Technological Investigations of the National University of Santiago del Estero. In them, we reconstructed the experiences of women giving birth at the Regional Hospital, their suffering and their strategies to resist against violence; we were able to get to know and reflect on the representations and practices of health professionals; we tracked women's critical paths to gain access to recognition of their sexual and reproductive rights, such as tubal ligations during labor, linking poverty with women's rights and policies.

This work also gives account of the personal interventions and sustained articulations undertaken while operating as an executive officer in Santiago del Estero,

between 2011 and 2016, working hard to guarantee women access to their sexual and reproductive rights.

The intention is to provide an outline of another possible sexuality policy, to recover the voices of women, their rights and needs, their efforts, in this particular place in the world, which is why ethnography is used as a methodological perspective.

Ethnography, as a way of producing knowledge and as a perspective, allows the investigator to confront the representations and practices of health agents, following the sequence of discourses used to euphemize and naturalize their violent practices, but also their resistance practices and their little-freedoms in the framework of this device. Ethnography also allows to keep a record of the researchers' reflection and the ways in which it is expressed in the construction of knowledge.

The political ethical challenge assumed in the writing of this text is to be able to unveil the devices of sexuality built around the attention of women giving birth in a public Maternity of Santiago del Estero, showing the mechanisms of normalization and discipline that are used on their bodies and their lives, through regulations, protocols, rules, resolutions. It invites to reflect on the practices and the technologies deployed by the health agents, which results in the maternalization and the medicalization of women's bodies.

Key Words: Women - Violence - Policies - Health

INTRODUCCIÓN

(...) el feminismo implica también un proceso individual de cambio personal, de ajuste de cuentas con la tradición -"las cosas siempre han sido así y tú no las vas a cambiar"- la educación y las expectativas que la sociedad coloca en los supuestamente delicados hombros femeninos (...).

Ana de Miguel Álvarez
(2007)

Cuando me acerqué a la problemática de los derechos de las mujeres, hace 20 años, supe inmediatamente que esa decisión constituía una bisagra para mi vida profesional y personal. Implicaba un aprendizaje sinuoso y pausado, porque requería desaprender normas y creencias asimiladas desde la infancia, y una tarea de interpelación y descolonización conmigo misma. En el año 2004, el encontrarme con las experiencias de mujeres que estaban siendo víctimas de violencia doméstica y con otras que habían sufrido violencia obstétrica, me desafió, profundamente, a interpretar la dimensión de esta pandemia, los costes para las vidas de estas mujeres y a resignificar, una y otra vez, el sentido político y ético de mi intervención en estas historias que acompañaba.

Uno de los primeros aprendizajes que tuve en ese entonces, fue la comprensión de que lo social y lo político son inseparables para la construcción de estrategias que modifiquen patrones culturales que naturalizan la violencia. La legitimación, o no, del estatuto público de una problemática, su interpretación y definición, son hechos políticos en los que se disputan diferentes posiciones enunciativas. La tarea del presente trabajo radica en analizar, desde lo discursivo y desde las prácticas, los dispositivos de salud implementados por los y las profesionales del Servicio de Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo (Santiago del Estero, Ciudad Capital) en las mujeres que van a parir, y los efectos que los mismos tienen sobre los cuerpos y las representaciones sociales de dichas mujeres. También interesa dar cuenta de las historias que se

invisibilizan en el marco de esos dispositivos. La intención final es poner a disposición algunas líneas que muestren otra política de sexualidad posible, en la que se recuperen las voces de las mujeres, sus derechos, necesidades y sus empeños, desde este lugar en el mundo.

El trabajo de campo que se toma como base empírica de esta tesis se realizó entre los años 2005 y 2012. El contexto de realización se enmarca en dos proyectos de investigación: el primero, denominado “Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional”, en el que reconstruimos las experiencias de las mujeres a la hora de parir, sus padecimientos y sus estrategias de resistencia, como también las representaciones y las prácticas del personal de salud en el momento de la atención; y el segundo, titulado “La salud de las mujeres en Santiago del Estero: pobreza, políticas y derechos”, desde el cual registramos las rutas críticas de mujeres en el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, como las ligaduras tubarias durante el proceso de parto, siendo éste resultado de la tarea emprendida en el área de Género, creada en el Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (INDES) de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Ambos proyectos fueron dirigidos por Patricia Arenas y contaron con la evaluación y el financiamiento del Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Por último, se incluyen en la base de este trabajo las intervenciones/articulaciones que realicé entre los años 2011 y 2016, como funcionaria del Poder Ejecutivo¹ de Santiago del Estero, desde donde fui sosteniendo e insistiendo para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En el marco de los proyectos referidos, se definieron dos tesis de maestría dentro del equipo de investigación, la propia, y la de Cecilia Canevari, quien realizó una Maestría en Poder y Sociedad desde la problemática de género en la Universidad Nacional de Rosario que culminó en un libro titulado “Cuerpos enajenados” (Canevari, 2011). Desde diferentes enfoques, se expusieron avances de ambas en congresos y revistas científicas.

Este camino de investigación y de acción, compartido grupalmente, ha cobrado varios sentidos, consolidando una amistad desde la sororidad y la tarea de la militancia

¹ En el año 2010 asumí la Dirección del Área Mujer de la provincia, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Permanecí en dicho cargo hasta el año 2016.

feminista con las compañeras del Equipo Géneros, Política y Derechos del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social², y ha requerido el ejercicio colectivo de sostener prácticas irreverentes, en tanto la problemática abordada nos interpela como mujeres y es constantemente descalificada por la comunidad médica.

El primer capítulo del presente trabajo incluye reflexiones y decisiones de carácter ético-político-teórico y metodológico. Presenta los atravesamientos personales y las razones que acompañan un tipo particular de tejido de este trabajo, en un esfuerzo de objetivación como sujeta objetivante al decir de Pierre Bourdieu (2004). Se busca revelar el sustrato ideológico, los capitales desde donde se define la argumentación. Asimismo, se especifican las herramientas metodológicas desplegadas. La tarea es, ir desde las formas de hilvanar preguntas iniciales como investigadoras a las formas en que las mujeres y los agentes de salud elaboran desde su subjetividad el tema en cuestión. También se incluyen las categorías³ que me han ido asistiendo para contraargumentar lo que está naturalizado en el espacio de la Maternidad en estudio y a poder nombrar las formas ocultas de violencia que viven las mujeres a la hora de parir.

El segundo capítulo describe las diferentes formas de expresión que, en la práctica médica, adquieren los dispositivos de control de la sexualidad. Esto incluye los disciplinamientos, las razones médicas y las prácticas invasivas y violentas en el proceso de parir. Se entiende que esto va más allá de los médicos y las médicas, pues está ligado a la reproducción del patriarcado y del proyecto sexista, clasista y racista vigente, que regula las relaciones sociales. Se incluyen las experiencias de las mujeres, a la hora de parir en el marco de estas regulaciones y controles patriarcales.

El tercer capítulo documenta las historias sociales de las mujeres entrevistadas, historias que quedan invisibilizadas en su tránsito por la Maternidad, por el diseño patriarcal del sistema de salud.

En las conclusiones, comparto algunas notas para reflexionar, con claves históricas, acerca de cómo desarmar una política de sexualidad que minoriza y sostiene el control sobre los cuerpos, las vidas y la sexualidad de las mujeres.

² Perteneciente a la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales, y de la Salud, de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

³ Si bien en este capítulo se explicitan las categorías centrales, a lo largo del trabajo se van incorporando otras, dando cuenta del proceso de construcción de conocimiento vinculado a la demanda de encontrar claves que ayuden a explicar las prácticas y los procesos analizados.

AGRADECIMIENTOS

A Patricia Arenas, con quien emprendimos la tarea docente en la Universidad Nacional de Santiago del Estero, luego las primeras preguntas para acercarnos a conocer la experiencia de las mujeres a la hora de parir en Tucumán. Y seguimos juntas en la amistad, la tarea de investigar y militar.

A Cecilia Canevari, con quien empezamos esta investigación en Santiago del Estero, y además de la amistad compartimos la tarea militante desde la academia. En este último tramo, cuento con su co-dirección sorora para realizar este trabajo.

Puedo decir también que tanto Patricia como Cecilia se han constituido en mis maestras en estos años. Mi agradecimiento profundo para ellas.

A Marita Carreras, por su aporte tan valioso, entrevistando a mujeres en las salas de espera de los Centros de Salud de Atención Primaria de la ciudad y en otros ámbitos de sus vidas cotidianas, ampliando nuestra mirada sobre las rutas críticas de las mujeres en su demanda de acceso a derechos sexuales y reproductivos.

A los trabajadores de la salud que trabajan en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, quienes nos habilitaron para pensar en conjunto este problema, compartiendo sus experiencias, sus miedos, sus contradicciones y sus violencias.

A las mujeres con quienes trabajamos, por su confianza y valentía para darnos sus testimonios, que encierran tanto dolor y experiencias de avasallamiento.

Al grupo Géneros, Política y Derechos, junto a quienes sostenemos el ejercicio de una ética de la indignación, como horizonte para hacer ciencia.

A Débora Tajer, docente de la Maestría, quien confió plenamente en mí para realizar la tarea de producción y me alentó a trabajar con libertad.

CAPÍTULO I

DEFINICIONES ÉTICAS-POLÍTICAS-TEÓRICAS-METODOLÓGICAS - AUTO-SOCIOANÁLISIS: PENSANDO EN QUIEN OBJETIVA -

¿Quién habla, sobre quién y desde dónde?

Gracia Trujillo
(activista lesbiana,
queer y socióloga)

Pierre Bourdieu (1975) ha desarrollado algunas premisas desde la sociología reflexiva, acerca del oficio de quien investiga, expresando que no sólo se tiene como objeto a los campos de lucha social, sino también al campo de las luchas científicas. Las investigadoras ocupamos posiciones en esas luchas, lugares marcados por determinado capital social y económico en el campo de las clases, por lo que poseemos cierto capital científico en el campo de la producción cultural. Lo que se ve o no se ve, lo que se estudia o se aparta, lo que se hace y lo que no se hace, dependen de una posición en ese campo. Por ello, el análisis de la propia implicación en el campo de la producción de saberes, la tarea de *objetivar al sujeto objetivante* (Ibíd.), no es una especialidad, sino la condición primera para un abordaje científico de lo social. Se debe trabajar para controlar la relación con el objeto, para tener presente que los puntos de vista de los otros y otras que estudiamos no provengan solamente de nuestra posición en el campo social y/o científico o, incluso, de nuestros sesgos personales y sociales.

Renato Ortiz señala que “el oficio intelectual puede ser comparado con un tipo específico de quehacer doméstico: “la costura” (2004:12). También plantea que “las mismas informaciones, los mismos datos pueden ser cosidos de manera diferente” (Ibíd.). La forma específica de *coser* tiene que ver con los capitales y sesgos de quien objetiva, quien cose, quien enlaza, quien escribe el texto. A lo largo de los años, mi forma de *coser*, de pensar el entramado de *la prenda*, se fue transformando, gracias a distintas experiencias.

Comencé el camino de indagar acerca de la violencia obstétrica en el año 2003, año en el que la ONG “Nueva Ciudadanía”⁴ me convoca, junto a otras profesionales, para realizar una investigación cualitativa en la Maternidad “Nuestra Sra. de las Mercedes”, en San Miguel de Tucumán. Esta era considerada una *mega* Maternidad ya que, al momento de la investigación, se llevaban a cabo más de 14.000 partos al año. La misma era objeto de denuncias por situaciones de maltrato a mujeres en situación de parto (Arenas, Isac y Vivanco, 2003). En ese entonces, yo había iniciado ya un trabajo de elucidación personal acerca de las formas de ser mujer, de mi proceso de socialización y escolarización, y de las implicancias que esa educación tenía en ese momento particular de mi vida, en el que ya era madre de dos hijas y llevaba 16 años de convivencia con mi pareja. También había comenzado a interpelarme en mi pertenencia de clase (en el sector medio), reflexionando acerca de cómo esa pertenencia se cruzaba con mi acercamiento al objeto de trabajo, pues tenía dudas de mi capacidad para actuar como una *traductora autorizada* de otras mujeres, cuyas experiencias sociales y de clase eran diferentes a la mía.

La posibilidad de ser traductora

La investigación en la Maternidad de Tucumán fue seguida por otra en la Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, en Santiago del Estero. Durante estos itinerarios, mis avances en la formación y en las reflexiones internas me habían predisposto a pensar la posibilidad de actuar como traductora de las experiencias de otras mujeres, siempre que pudiese sostener un ejercicio de vigilancia y reflexividad epistémica sobre mi intervención en el campo.

Un primer ejercicio, compartido por quienes conformamos los diferentes equipos de investigación, fue hablar sobre nuestras experiencias acerca de temas como el parto, lo generacional, la clase, el lugar de las mujeres profesionales en la militancia por los derechos de las mujeres, entre otros. Todas éramos mujeres, con profesiones históricamente femeninas –Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Obstetricia-, o que producen saberes considerados como subalternos para el campo de la salud – antropología- de otras mujeres también subalternizadas. Nuestra tarea implicaba un

⁴ONG Nueva Ciudadanía, tiene como objetivo promover una perspectiva de género para el ejercicio de una plena ciudadanía, articulando actores e intereses de las mujeres y varones en instancias de capacitación, investigación y comunicación.

caleidoscopio de desvalorizaciones. Nuestras profesiones no son valoradas, ya que el campo de la salud es predominantemente biologicista, clasista y patriarcal, en consonancia con el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998). A la vez, poníamos en disputa la interpretación del lugar subordinado de las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos y de género, algo que también era menospreciado desde los discursos históricamente validados en el campo de la salud.

Una instancia individual y colectiva de autoanálisis acerca de nuestra implicación nos permitió explicitar los distintos mecanismos que nos separan de las prácticas de los agentes que intentamos comprender y explicar. Consideramos que el asumir nuestra intervención en el campo como un problema a discutir era especialmente importante, en tanto nosotras mismas somos parte de las *herramientas* del trabajo de campo que planteamos; somos agentes sociales, similares a cualquier otro, con condicionamientos actuales e históricos que devienen de los diferentes ámbitos por los que hemos transcurrido, que hemos incorporado a lo largo de nuestras trayectorias individuales y de clase.

A todas nos *atraviesa* el hecho de ser mujeres y el reconocer la dominación masculina (Bourdieu, 2000) en nuestras propias historias, dominación que queda plasmada en nuestras sexualidades, en nuestras vidas reproductivas, en nuestras experiencias de parto y en nuestras formas de relacionarnos con los sistemas médicos. Nos reconocemos, entonces, dentro de un sistema dominante, y sentimos doblemente esta dominación, como intelectuales y como mujeres trabajando temas vinculados al mundo femenino. El proceso de autoanálisis colectivo nos coloca en el lugar de investigadoras buscando desentrañar los mecanismos de dominación masculina, de las estructuras autoritarias y patriarcales que, en este caso, se enmarcan en las instituciones de salud. Pierre Bourdieu (2004:142), parafraseando a Gastón Bachelard, expresa que “...la ciencia nunca progresó sino al cuestionar las ideas simples”.

Mi lugar en el campo

Entre los años 2005 y 2010, lapso en el que como equipo, trabajábamos en dar cierre al primer proyecto de investigación que realizamos en Santiago del Estero, a la vez que comenzábamos uno nuevo, llamado “La salud de las mujeres en Santiago del Estero: pobreza, políticas y derechos”, había vivido muchas experiencias en mi

quehacer profesional, que me acercaban más profundamente a la problemática de la violencia de género. Estas vivencias me habían permitido interpelarme sobre mis formas de vincularme con otras mujeres, en tanto *mujeres* y en tanto *profesionales* (ya fueran colegas y/o de otras disciplinas); también analicé mi forma de vincularme con mis hijas, que se encontraban en los últimos tramos de su educación secundaria o ingresando a la vida universitaria en otra provincia, y con mi pareja, con quien habíamos transitado procesos de cambio.

A fines del año 2004, comencé a trabajar en un Programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia, aportando mi ejercicio de elucidación acerca de las prácticas posibles en ese espacio de intervención. Comencé, por esta tarea, a registrar más profundamente mi posición respecto de la lucha por mis propios derechos, asumiendo el ejercicio del autosocioanálisis individual⁵ sobre mis creencias, prejuicios y temores, para poder transferirlo en la capacitación y formación de otras profesionales, como también para la escucha y la asistencia a mujeres en situación de diferentes expresiones de las violencias.

Por otra parte, el haberme incorporado a la Maestría Virtual en Género, Sociedad y Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO- me aportó herramientas teóricas para la elaboración y el desarrollo de políticas públicas en materia de género, posibilitando una dimensión diferente al abordaje de la violencia de género y de las acciones posibles a desarrollar para desnaturalizarla, visibilizarla e incorporarla en la agenda pública y legislativa. El registrar y problematizar esa experiencia en el ámbito del posgrado fue crucial para poder objetivar mi accionar en el campo de intervención; también para abrir espacios de debate acerca del poder (y sus formas de circulación) con otros agentes sociales y con otras mujeres; para entender mejor las formas de vincularnos entre profesionales mujeres; y para poner en debate la construcción del estatus de las profesiones, estimando las posibilidades (y los impedimentos) para la construcción de una mirada interdisciplinaria o transdisciplinaria.

⁵Gustavo Lins Riveiro (1988:195) toma la noción de conciencia práctica desarrollada por Guidens (1984) para dar cuenta de que "...los agentes sociales, en su contexto cotidiano, dejan de monitorear activamente distintas fuentes de información. Estas entran en el desarrollo de las acciones de los actores como supuestos, como "lo dado". Esta fijación, de los elementos constitutivos de los contextos significantes para las interacciones, está dada por la rutinización de los encuentros sociales en el cotidiano de los agentes sociales. Las fuentes de información no monitoreadas discursivamente son parte significante de los elementos que son considerados y entran como parte constitutiva de las características de las interacciones pero no necesitan estar explicitadas como elementos discursivos conscientes. Están ahí, como datos del escenario concreto del desarrollo de las acciones".

En ese entonces, tomó forma un malestar personal respecto a mi lugar en el campo del Trabajo Social, llevándome a discutir sobre la feminización de la disciplina y sobre sus prácticas. Por ser Trabajadoras Sociales mujeres, no estamos exentas de ser patriarcales en nuestra construcción de conocimiento y/o en nuestras intervenciones. La posibilidad actual, de pensar un trabajo social feminista, es parte del intento por resolver esa tensión que se hizo consciente.

En los últimos seis años, el trabajo de producción escrita para acreditar y culminar la Maestría en Género, Sociedad y Políticas quedó suspendido, por haber asumido la dirección del Área Mujer provincial⁶. Si bien esta tarea significó una demora, la misma me ha permitido pensar las políticas públicas *desde adentro*, percepción que considero, enriquece esta presentación final. Gracias a ella, puedo hablar en primera persona de las *trampas* del Estado a la hora de hacer efectivas las leyes que garantizan los derechos de las mujeres, de la vigencia de un Estado masculino y patriarcal, que borra con una mano lo que escribe con la otra. Puedo dar cuenta de las excusas provinciales, de las pujas con los funcionarios que tienen el poder de hacer o de impedir hacer, y que dificultan la puesta en marcha del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable⁷, del Programa de Educación Sexual Integral⁸ en los distintos ámbitos educativos e inclusive, de la Ley de Parto Humanizado⁹, que se aprobó mientras investigábamos los padecimientos de las mujeres a la hora de parir. Frente a esto, puedo decir que no faltaron esfuerzos personales y colectivos para inventar, una y otra vez, estrategias disruptivas que sostuvieran, en la agenda política, a esta temática, tan apremiante en los Estados y cuyo lugar es absolutamente residual, no por carecer de importancia, sino por cuestiones ideológicas.

A fines del año 2016, la Legislatura Provincial aprobó la adhesión a la Ley de Parto Humanizado y realizamos una Jornada de Reflexión sobre los derechos de las mujeres a la hora de parir, desde el Poder Ejecutivo, la Universidad Nacional de Santiago del Estero, el Colegio de Profesionales de la Medicina y las Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. La organización de la Jornada dejó claro -una vez más-, que los cuerpos de las mujeres no son considerados valiosos, especialmente si se trata de su

⁶Desde fines del año 2010, asumo la coordinación de la Dirección de Género de la Provincia, órgano de aplicación de la Ley 26.485 y de la Ley Provincial 7032, correlato de la ley nacional, pero con modificaciones en lo procedimental, organizándose la estructura fundacional para sostener políticas públicas a favor de la igualdad.

⁷Creado por la Ley Nacional N° 25.673/2003.

⁸Ley Nacional 26.150/2006.

⁹Ley Nacional 25.929/2004.

salud sexual y reproductiva; los incidentes de campo exteriorizaron los tabúes y los prejuicios presentes entre los y las profesionales que se dedican principalmente a la atención a las mujeres a la hora de parir, tanto en los establecimientos de salud públicos como en los de gestión privada de la provincia. Esos incidentes incluyeron debates tensos en torno a: la elección del nombre de la Jornada; la selección de los temas a tratar; discusiones sobre si era válido -o no- el hablar de violencia obstétrica (o el hacer siquiera la mención de la violencia contra las mujeres, en el sistema de salud, durante los procesos de parto); y casi a último momento, la decisión del Colegio de Profesionales de la Medicina y las Asociaciones de Obstetricia y Ginecología de no hacer explícita su participación en la organización de la Jornada y elegir en cambio, solo auspiciar el evento. Las razones médicas siempre se imponían por sobre las de nosotras, investigadoras de las ciencias sociales y feministas.

En el proceso de retomar la escritura del trabajo final para esta maestría, he definido la renuncia al cargo que ocupaba en el Estado y a toda gestión desde el mismo. Esta decisión es fruto de profundos debates personales, en los cuales buscaba razones para seguir siendo parte de este campo tan conflictivo, tratando de no ser funcional a este Estado machista, y de mis serias dudas sobre las posibilidades de una acción feminista desde el mismo. La única certeza que tengo hoy, es mi feminismo, a pesar del Estado. Hay una canción popular cuyo título refleja mi sentir: “No me arrepiento de este amor”¹⁰, y es que el haber asumido ese compromiso, tan atravesado por contradicciones que involucraban mis convicciones más profundas, me permitió realizar un *aprendizaje situado* de las lógicas para combatir el andamiaje patriarcal. Considero esa gestión como un viaje que me llenó de experiencias que valoro y que seguro serán útiles en mis siguientes *paradas*.

Mi recorrido como agente del Estado en la provincia de Santiago del Estero, me ha incentivado -en la tarea de investigar-, a dar un viraje a mis reflexiones acerca de cómo se construyen, desde adentro, los mecanismos para el control de los cuerpos de las mujeres, y cuáles son las posibles tácticas para movilizar cambios en ese orden. Las conversiones y contradicciones, en este camino, son siempre una preocupación, en tanto conllevan una toma de posición en la militancia feminista. He superado algunos sesgos que se juegan en este campo, para poder validar la participación en el mismo. En este

¹⁰ De la difunta cantante argentina Gilda, registrada en 1995 en SADAIC.

sentido, pensar en las formas no etnocéntricas de escribir acerca de mujeres en situación de pobreza, que van a parir a hospitales públicos, demandó un ejercicio contra-hegemónico. El feminismo y las teorías feministas han sido indispensables para realizar dicha labor. La pensadora india Chandra Talpade Mohanty, crítica al feminismo eurocéntrico, diciendo que:

La conexión entre las mujeres como sujetos históricos y la representación de mujer producida por los discursos hegemónicos no es una relación de identidad directa, ni una relación de correspondencia o simple implicación. Se trata de una relación arbitraria construida por culturas particulares. (2008: 115)

Se entiende que la autora está hablando del ocultamiento de las desigualdades que padecen las mujeres del tercer mundo, por un lado al interior de sus familias, en relación a los/as otros miembros/as y en vinculación a sus lugares geográficos; y por otro, de las construcciones sociales que se hacen de ellas tanto en el campo estatal como en el social, que operan a la hora de construir identidades y de definir políticas.

Entonces, el objetivo (y desafío ético-político) al escribir este texto¹¹, es develar los dispositivos de sexualidad erigidos en torno a las formas de atención a las mujeres a la hora de parir, buscando dar cuenta de los mecanismos de normalización y disciplinamiento sobre sus cuerpos y sus vidas; las prácticas y las tecnologías desarrolladas en el marco de la minorización y la medicalización de sus cuerpos en una Maternidad de la ciudad Capital de Santiago del Estero.

Una primera aproximación a las categorías¹²

La naturalización de la subordinación

Las mujeres, al ingresar al hospital, asumen el lugar de cuerpos disponibles, credencial que las coloca en un lugar de silenciamiento. Sus saberes, sus trayectorias, sus historias, sólo tienen valor en tanto sirven para evaluar niveles de riesgo y posibilitan la manipulación y la intervención de sus cuerpos, sin la debida autorización,

¹¹El trabajo contiene los avances individuales y colectivos que se fueron produciendo en el marco de los dos proyectos de investigación, los trabajos de la Maestría y los informes e intervenciones en la tarea de gestión en la Dirección de Género de la Provincia (Isac, 2005, 2006 a; 2006 b, 2007, 2008, 2010 a, 2010 b, 2014 a, 2014 b; Isac, Canevari, y Arenas, 2010; Isac y Canevari, 2011; Isac, Canevari, 2017).

¹² Si bien en este capítulo se explicitarán algunas de las categorías centrales, en el trabajo se irán incorporando otras, dando cuenta del proceso de construcción de conocimiento vinculado a la demanda de poder encontrar claves que expliquen las prácticas y los procesos a analizar.

por les agentes de salud que las asisten. Sin poder contar con sus familias para acompañarlas, y como objetos de estudio para la formación de estudiantes, ellas son transformadas en un número de cama, pasando a ser mujeres sin nombre: se las trata de “mamita”.

Hablar de las mujeres y de sus experiencias de expropiación, de la disponibilidad que adquieren sus cuerpos y sus subjetividades en el ámbito de los hospitales públicos, implica dar cuenta de la construcción histórica de esa relación de poder, que se traduce en subordinación, violencia, discriminación y de los mecanismos de producción y reproducción que las posibilitan:

Uno de los puntos estratégicos fue lograr que la discriminación, el reparto desigual del poder, la riqueza y los bienes simbólicos y eróticos parezca natural. La naturalización de la injusticia, no es un proceso espontáneo; muy por el contrario, hay que producirlo (...) En esta producción de naturalidad la formación de consenso de la cual se hace participar a estas mujeres juega un papel decisivo, de lo contrario el orden de los subordinados sólo podría mantenerse represivamente (...) para producir y mantener consenso, una de las estrategias es que la discriminación permanezca oculta (...) Para sostener un tipo de ordenamiento, las instituciones combinan y alternan estrategias y dispositivos de violencia represiva y violencia simbólica. Los procesos de violencia simbólica se construyen en las instituciones, produciendo verdades arbitrarias que circulan y otorgan legitimidad a los que ejercen la dominación. (Fernández, 1994: 114)

El modelo médico hegemónico

El modelo que hegemoniza (aún hoy) las prácticas médicas, expresa una articulación necesaria con la lógica patriarcal y, al mismo tiempo, es parte de su expresión. Eduardo Menéndez describe algunos de sus rasgos integrales:

(...) biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (1988: 2)

Desde esta lógica, los saberes médicos y sus instituciones funcionan sin cuestionarse las desigualdades entre profesionales y pacientes, entre las que se encuentran las desigualdades de género y de clase social. Existen otros dispositivos con los que, históricamente, sí se entrecruzan, a saber: los religiosos, científicos y filosóficos, que naturalizan construcciones culturales como la inferioridad de las mujeres (fundamentalmente, las pertenecientes a sectores populares).

Los discursos y las prácticas médicas han sido piezas claves, desde el siglo XVIII, en el conjunto de dispositivos estratégicos a través de los cuales la sociedad produce varones y mujeres. Esos discursos han permeado en la historia y las culturas, en los dispositivos de atención de las mujeres, habilitando la medicalización de sus cuerpos, concepto con el cual Menéndez refiere al conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados por la institución médica, que configuran una extensión de las funciones curativas y preventivas a otras de control y normatización (1988:5). Ana María Fernández (1993:87) da cuenta de cómo los médicos –como parte de las campañas médico–higienistas que progresan durante el siglo XIX, cobran injerencia sobre la alimentación y los comportamientos morales de las jóvenes. Así, las mujeres son ubicadas en la sociedad en el rol de subordinadas y son otros quienes fijan los criterios para la crianza y educación de sus hijos e hijas. Este modelo sigue vigente y puede ser considerado como un aparato ideológico y político del Estado.

La categoría de género

Una de las herramientas teóricas más útiles para entender profundamente esta construcción desigual entre varones y mujeres es la categoría de género. En la década de los '90, el debate feminista estaba centrado en explicar la categoría y el concepto de género, ya que se evidenciaban los usos no unívocos del mismo. Joan Scott (1996), es una de las feministas que reflexiona sobre ello, elaborando una explicación con dos proposiciones ligadas entre sí: a) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; y b) el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Esta autora distingue cuatro elementos o dimensiones en las que se expresa el género: 1) símbolos culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples, incluidos los mitos; 2) conceptos normativos, que son las interpretaciones de los significados de los símbolos (doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas); 3) nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales; y 4) la identidad subjetiva (Ibíd.). Estos cuatro elementos son interdependientes y están atravesados por la dimensión del poder. La construcción de los géneros implica siempre una asimetría, en tanto jerarquiza las

actividades masculinas y desvaloriza las femeninas, lo que resulta en un acceso al poder y a un control del poder diferenciados.

Recientemente, tanto Rita Segato, Yuderkys Espinoza, Silvia Rivera Cusicanqui, como otras feministas descoloniales, desde una epistemología del Sur, van a afirmar que el género es violencia, invitando a pensar las razones más estructurales de esta desigualdad. Rita Segato (2016) sostiene que sufrimos violencia no por el hecho de ser mujeres, sino porque estamos justo en la fase apocalíptica del capital:

(...) haber guetificado todo aquello que nos pasa a las mujeres, pensar que la violencia es un problema de las mujeres (es equivocado) la violencia contra las mujeres nos habla de toda la sociedad... entender que ahí hay luz para entender la época, la civilización, la sociedad, la economía e, inclusive, la marcha del capital. (2016 s/n)

El feminismo descolonial cimienta las razones de dicha violencia y opresión en el colonialismo, que continúa como tal en la actualización del capitalismo y sus políticas en Latinoamérica, profundizando las desigualdades entre nuestras regiones y las del Norte. Esto afecta a las mujeres racializadas, etnizadas, a las mujeres lesbianas, a las más pobres. Expresa la necesidad de pensar un feminismo contra-hegemónico, poniendo en juego otras argumentaciones, superadoras del pretendido universalismo europeo, disputando un lugar para explicar la violencia contra las mujeres:

El feminismo blanco-burgués que aspira a la superación de la ‘desigualdad de género’ o de la dominación y opresión de las mujeres se nos torna ya no solo insostenible, sino un impedimento para una real transformación que trastoque los modos de la organización social comunitaria y el orden histórico-político-económico en su conjunto y que revierta la idea entre lo humano y lo no humano y la episteme de diferenciación jerarquizada entre lo que se considera lo uno y lo otro. (Espinoza Miñoso, Gómez Corral y Ochoa, 2014: 31)

El patriarcado visto desde el feminismo

El feminismo ha contribuido, con el concepto de patriarcado, a dar cuenta de la especificidad de la subordinación de las mujeres –respecto a otras formas de subordinación-, y de la primacía de los varones en esa relación. Kate Millett, en su libro titulado “Política Sexual” (1975), expresa lo que el feminismo radical sostiene: que el patriarcado es el principal obstáculo para la autonomía de las mujeres. Kabeer aclara que la autonomía no debe entenderse “...como una noción individualista de elección intangible, sino más bien la capacidad de las mujeres para participar plenamente en

aquellas decisiones que configuran sus opciones y sus oportunidades de vida tanto de nivel personal como colectivo” (1998:287).

El cambio, sostiene Millett, debe darse no sólo en la esfera pública, sino en la esfera privada e individual; atribuyendo al sexo una dimensión política, en tanto las relaciones entre los sexos son una relación de poder, donde se pueden encontrar las diferentes expresiones de la colonización hacia las mujeres (1975). Esta comprensión del feminismo toma cuerpo en la frase “Lo personal es político”, que encierra la convicción de que el patriarcado es el principal sistema de dominación, del cual se desprenden otras expresiones de dominación, como las de clase, etnia y raza.

Por otra parte, la contemporánea Carole Pateman (1995), plantea que el *contrato social* no ha significado libertad para las mujeres, sino dominación y subordinación, hecho comprobado al no haber sociedades en donde las mujeres tengan más poder que los varones. La autora alude a un modelo de orden social ancestral, que ha asumido -en los marcos históricos concretos-, formas y expresiones renovadas (Ibíd).

El proceso de visibilización de la desigualdad y la violencia contra las mujeres ha implicado -y aún implica- un largo trabajo para dismantelar la estructura patriarcal que la sostiene y restaura, para desnaturalizar las formas en que históricamente se fueron aprendiendo y naturalizando esas relaciones de subordinación, para poder revelar y desarticular las estrategias de control y sometimiento. El anclaje cultural de la desigualdad entre los géneros hace que varones y mujeres, en sus procesos de socialización, de pedagogización, incorporen roles y funciones, que naturalicen formas discriminatorias e injustas de vincularse. Estos aprendizajes impregnan las instituciones y a las personas que las sostienen. Por ello, el reconocimiento, en la agenda pública de los Estados, de las injusticias de género hacia las mujeres como un problema social, político y de salud, es resultado de un empeño de varias décadas, iniciado por los grupos y movimientos de mujeres, por el movimiento feminista -en sus diversas expresiones-, y por las mujeres académicas, y ha incorporado diversas formas de disputa: en sus vidas cotidianas, en las calles, en la política o en la academia.

En sus inicios, la tarea del movimiento feminista fue poner en crisis las creencias, visibilizar y denunciar las injusticias y las violencias. Luego el esfuerzo fue desnudar los diferentes modos en los cuales las asimetrías de género se expresan: las oportunidades desiguales para sobrevivir; para el desarrollo personal (donde aún existen

los techos de cristal); para el acceso a la educación; a un trabajo con un salario justo (donde se incluye la invisibilización del trabajo doméstico y de crianza); a poder participar en política y elegir representantes; la negación de los derechos sexuales y reproductivos y a la salud de las mujeres (apropiada por la industria científica y farmacéutica, lo que lleva a la medicalización de sus cuerpos). En este camino también se desarrollaron marcos interpretativos, entendiendo que conceptualizar es politizar.

*Los dispositivos de poder sobre los
cuerpos de las mujeres*

Las políticas de sexualidad son un constructo político, con un objetivo estratégico vinculado a controlar los cuerpos de las mujeres. Es Michel Foucault quien aporta el concepto de *dispositivo*, como mecanismo que solo se vuelve eficiente cuando incorporamos sus prácticas como propias, produciendo normalidad en toda nuestra vida, ya que “el poder penetra en los cuerpos”. Al hablar de dispositivo, Foucault aclara:

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (1984: 127)

Laura Hengehold expresa que el valioso aporte de Michel Foucault desde su razonamiento acerca de que la producción de conocimiento vinculada a la sexualidad, y la configuración de la subjetividad discursiva son construcciones históricas, posibilita al feminismo identificar las instituciones que crean y precisan no sólo nuestros conceptos sexuales, sino (podríamos agregar) todos los conceptos acerca de nuestros cuerpos. (1994: 1)

Sin embargo, Hengehold reconoce que la teoría registra contradicciones en relación a las mujeres. Es necesario profundizar el entendimiento de los mecanismos con los que se han ido disciplinando a las sociedades -y a sus mujeres-. Foucault delineó en el primer volumen de su *Historia de la sexualidad* (2012), los cuatro conjuntos estratégicos que, desde el siglo XVIII, convergen en la constitución disciplinaria de determinados dispositivos de saber y de poder referidos al sexo: “la histerización de la

mujer”, “la pedagogización del sexo del niño”, “la socialización de las conductas procreadoras” y “la psiquiatrización del placer perverso”. Sin embargo, luego se demanda, con justicia, que:

(...) en un tratado de tres volúmenes dedicado a la historia de la sexualidad Foucault reconozca apenas la naturaleza generizada del discurso occidental sobre la sexualidad, y que sea partícipe él mismo de esta larga tradición de discursos con dominancia masculina. (Bunting, citado en Hengehold, 1994: 5)

Michel Foucault ofrece una explicación sobre el poder:

(...) no es una institución y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada...el poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias. (2012: 89)

A pesar de que Michel Foucault ha recibido muchas críticas desde el feminismo, porque que no ha logrado explicar cómo el poder se concentra y se ejerce en detrimento de las mujeres (y de otros grupos sociales), su teoría posibilita vislumbrar el concepto de cambio, ya que si el poder circula, entonces esas relaciones de poder siempre estarán en movimiento. Al poder mantenerse o modificarse, se abre la posibilidad a las mujeres de cambiar esas relaciones construidas culturalmente, saliendo del lugar de subordinación. De hecho, las mujeres, no han sido históricamente sumisas o simples víctimas de los discursos y las prácticas patriarcales, sino que -en muchas situaciones de la vida cotidiana-, en la recepción y transmisión de los discursos de género, también se han apropiado de ellos, resignificándolos en función de sus intereses (Aguado, 2000).

Los cuerpos de las mujeres han sido sometidos, durante siglos, a tabúes, exclusiones y regulaciones, en el marco de la lógica patriarcal. En este sentido, Laura Hengehold encuentra en la teoría de poder de Foucault una arista que permite explicar estas opresiones:

(...) su constante afirmación de que el poder/saber es siempre *productivo* más que meramente opresivo permite a las feministas teorizar sobre la relación entre la corporeidad vivida, practicada, y el significado social del cuerpo, tanto como identificar los puntos en que el poder actuante en la identificación/ producción de la fisiología “de las mujeres” podría ser enjuiciado por las subjetividades resultantes de este proceso. (1994: 1)

Este dispositivo, así construido, obtura el ejercicio de la libertad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos. Será necesario que las mujeres puedan fundar y

refundar, todo el tiempo, determinadas condiciones para el disfrute de estos derechos. En este sentido, Petchesky considera que una alternativa positiva de los derechos sexuales debe contener dos componentes, relacionados entre sí: un conjunto de principios éticos (derecho a la diversidad sexual, la diversidad habitacional o diversidad de familia, la salud, la autonomía para tomar decisiones y la igualdad de género) y una gama de condiciones favorecedoras, sin las que estos derechos no podrían ser ejercidos (2000: 11). Para muchas mujeres, las condiciones son adversas, hasta tanto no se logren cambios estructurales que les permitan construir autonomía para sus cuerpos y sus vidas.

Desde esta línea interpretativa, podemos ver al hospital configurado como espacio regulador de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en tanto se restringe y limita el ejercicio de derechos, incidiendo sobre las posibilidades reales de elegir sobre el desarrollo de sus vidas, tanto a nivel personal como comunitario. En este espacio, se definen relaciones asimétricas entre el personal de atención y las mujeres - incluidas sus familias-. El tránsito de las mujeres por el hospital toma la forma de una libertad vigilada, en tanto que se controlan sus prácticas, sus demandas y se redefinen los ritos y las formas de vinculación entre médicas y paciente, desde una lógica médica, patriarcal, hegemónica y biologicista. En ese intercambio desigual, las mujeres experimentan múltiples violencias (en cuanto a sus expresiones y grados).

Definiendo la violencia patriarcal

Han sido diversos los esfuerzos por nombrar las violencias a las que las mujeres han sido sometidas: violencia contra las mujeres, violencia de género, violencia patriarcal, machista o falocéntrica, son algunas de ellas. Al principio se la nombró como violencia doméstica o familiar, modo que paulatinamente se ha ido excluyendo, en tanto ocultaba que: son las mujeres quienes en su mayoría sufren violencia y que quienes la ejercen son mayoritariamente varones; que esta violencia es ejercida en diferentes ámbitos; y que estas violencias tienen formas y expresiones singulares, que exigen leyes específicas y políticas públicas dirigidas a su prevención y erradicación. Encarna Bodelón González (2014:132) da cuenta que el Estado y sus autoridades pueden ser directa o indirectamente responsables de variadas formas de violencia de género, no

solo porque a través de sus agentes se realicen actos de violencias físicas, psicológicas o sexuales, sino por la responsabilidad que tienen en la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Se recurre a la “Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales” (Nº26.485), sancionada en Argentina en el año 2009, para conceptualizar esta violencia como:

(...) toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. (Ley Nacional Nº26.485, art. 4º)

Hay diversas formas en las que se manifiesta la violencia. La Ley referida, en el artículo 5, define los tipos específicos: *física* (contra el cuerpo, producir dolor, daño o riesgo de producirlo, u otro maltrato o agresión que afecte la integridad física); *psicológica* (amenazas, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento, culpabilización, vigilancia, exigencia de obediencia, coerción verbal, persecución, insultos, indiferencia, abandono, celos, chantaje, ridiculización, explotación, limitación de la circulación); *sexual* (vulneración, con o sin acceso genital, del derecho de decidir voluntariamente acerca de la vida sexual o reproductiva, con amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación -incluye la violación en el matrimonio u otra relaciones vincular o de parentesco, la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata); *económica y patrimonial* (perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, instrumentos de trabajo, documentos personales, privación de los medios indispensables para vivir una vida digna, limitación o control de sus ingresos); y *simbólica* (uso de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmitan y reproduzcan dominación, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de la mujer).

La normativa legal aporta, en el artículo 6, el reconocimiento de tres modalidades de violencia que se complementan al momento de analizar la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a saber:

- violencia contra la libertad reproductiva (inciso d), es aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos (en conformidad con la Ley

25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable);

- violencia obstétrica (inciso e), es la ejercida 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 (en conformidad con la Ley 25.929, de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento¹³);
- violencia institucional (inciso b), la realizada por funcionarias o funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, cuyo fin sea retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos. Incluye a los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

Más allá de que, en su mayoría, estas modalidades no impliquen sanciones legales específicas, su reconocimiento abre un espacio de enunciación desde el cual se puede debatir y construir jurisprudencia. Solo será posible erradicar las violencias contra las mujeres si podemos cambiar el rumbo de la historia, en tanto no ha demostrado hasta ahora ser permeable al reconocimiento de los derechos consagrados para ellas. Al contrario, la trama que se sostiene tiende a desarmar los logros alcanzados.

*Educación para domesticar los cuerpos
y circunscribir los deseos*

El debate acerca de los derechos humanos articulado con la perspectiva de género, posibilita profundizar acerca de los andamiajes que se construyen en los procesos de socialización de niñas y niños, que ayuda a entender las formas de tutelaje y el no reconocimiento y/o el control de los derechos a una sexualidad plena para las mujeres en las instituciones de salud, sostenido en las políticas de sexualidad *-donde incluyo a las políticas de natalidad y de maternidad, ya que considero que plantearlas por separado es una forma de despolitización-*. La construcción de nuestras infancias y de la maternidad como destino, la división social y sexual del trabajo, las políticas de población y las de desarrollo, las políticas ligadas a los derechos sexuales y

¹³ Aprobada en el año 2004, ha sido reglamentada 11 años después, en el año 2015. Aun así, la misma se efectiviza parcialmente en muy pocos hospitales y/o servicios privados del país.

reproductivos y la maternalización de las políticas públicas¹⁴, aunque parezcan temas disímiles, configuran parte del mismo aparato tecnológico que permite el control sobre el cuerpo de las mujeres (Isac, 2010 b). El sentido y significado social que la infancia tiene en términos de igualdad/ desigualdad de género, es central para entender esta plataforma, ya que aquí se montan modos de socializarse, formas de autonomía o de sumisión, en función de los destinos construidos para niños y niñas. Justamente, en los procesos de familiarización y escolarización, la pedagogización de las niñas y mujeres tendrá marcados unos espacios, unos tiempos y unas expectativas sobre sus roles, en la sociedad y para el Estado.

Yasmín Tambiah expresa que:

La organización social del comportamiento sexual femenino, junto con el comportamiento reproductivo, es un área de enfrentamientos intensos y refleja los extraordinarios desafíos a los que las niñas y mujeres deben hacer frente en sus esfuerzos por realizar su deseo sexual, en tanto personas y miembros de la comunidad (...) los procesos de socialización y las estrategias educativas para la domesticación dejan una marca en la vida y en los cuerpos, en su sexualidad. (2004: 46)

Por lo señalado, cuando la organización social ha construido un dispositivo en el que la heterosexualidad, el casamiento, la exclusividad y la maternidad son la norma, todas las demás posibilidades son marginadas, rechazadas o desmanteladas. La medicina, desde una lógica patriarcal, en su proceso de atención a las mujeres, funciona discriminando y patologizando aquellas situaciones que se alejan de la normativa impuesta, vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Las formas alternativas de parir, la interrupción voluntaria de un embarazo, y las niñas y adolescentes embarazadas son, respectivamente, denegadas, criminalizadas y discriminadas.

Así la violencia de género institucional, que se expresa en las prácticas de salud sexual y reproductiva, tiene su sostén en la autoridad concedida a los sistemas de conocimientos científicos (biomédicos, demográficos, sociológicos y otros) para formular verdades y dictar reglas en los asuntos del cuerpo, de la sexualidad y la reproducción y la legitimidad de la intervención sistemática de la autoridad política sobre los cuerpos, a partir de razones de interés de las sociedades o del Estado.

¹⁴El concepto de políticas maternalistas ha sido desarrollado por Aguirre, quien las define como: "...un conjunto de argumentos discursivos y prácticas que, ensalzando el rol materno femenino propugna determinadas políticas y programas en nombre de necesidades y capacidades especiales de las mujeres relacionadas con sus roles familiares."(1997: 5).

En el campo de la organización de las políticas se pueden encontrar los corrimientos, las paradojas y las contradicciones que aprisionan y ponen en disyuntiva a las mujeres en sus vidas privadas, en sus caminos por vivir una sexualidad plena, según sus decisiones, condiciones y necesidades subjetivas. En el vínculo entre las concepciones de sexualidad y las políticas de sexualidad se pueden comprender las tensiones en torno a la configuración de normas y sus expresiones en la vida cotidiana.

La sexualidad como constructo

El constructo social de la sexualidad como un derecho implica un largo y complejo itinerario. Los avances conceptuales, tanto en las Conferencias Mundiales de la Mujer (hasta 1992), como la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer (promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1981), entre otras, se han limitado a un reconocimiento implícito de la vida sexual y la sexualidad, ajustadas a los límites del matrimonio heterosexual y la reproducción (Petchesky, 2002; Tambiah, 2004).

(...) Todos los documentos importantes sobre derechos humanos, a partir de la Declaración Universal de 1948, se refieren a los derechos de las personas en su vida privada y personal (...) pero no mencionan nada referente a la expresión de su sexualidad ni a tener la protección necesaria para ello. (Petchesky, 2000: 2)

En la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena en el año 1993, y en la Declaración sobre la Violencia contra la Mujer, promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas ese mismo año, se acuerda condenar y trabajar para la erradicación de la violencia contra las mujeres, y se introduce el reconocimiento de la violencia sexual como una violación a los derechos humanos. Pero es recién en el documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, firmado en El Cairo en el año 1994, que se hace visible la salud reproductiva desde una perspectiva positiva (Petchesky, 2002: 3), entendiendo a la misma como:

(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de

enfermedades de transmisión sexual (...) (Capítulo VII, párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994 citado en Tambiah, 2004: 43)

Esta es una de las declaraciones más progresistas que ha surgido del consenso, no sin que se hayan dado profundos debates y protestas por parte de los grupos fundamentalistas y los Estados más conservadores. El éxito fue lograr fusionar el lenguaje de la salud sexual y reproductiva con el lenguaje de los derechos humanos de las mujeres. Pero este avance, paradójicamente, no termina de dar entidad particular a los derechos sexuales, ya que no se los enuncia con autonomía de los derechos reproductivos, sino que se unifican en la expresión “salud sexual y reproductiva”. La oposición y la resistencia de algunos Estados para el reconocimiento de este derecho, pone sobre el tapete los tabúes que los responsables de las políticas públicas tienen respecto a la sexualidad de niñas y mujeres. Para los varones, en cambio, esta temática no es considerada un problema, sino una cuestión natural, a la que no se oponen, ni les interpela.

El borrador de la Conferencia Mundial sobre la Mujer incluía una definición de los derechos sexuales que no se incorporó en el documento final, abarcando:

(...) el derecho de la persona a tener control y a decidir libremente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coacción, discriminación ni violencia. Incluyen el derecho a la información, para poder tomar decisiones responsables sobre la sexualidad; el derecho a la dignidad, la privacidad y a la integridad física, mental y moral al realizar una elección sexual; y el derecho al más alto nivel de salud sexual. (Sección C, párrafo 97. Borrador de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995. Citado por Tambiah, 2004: 47)

Las pronunciaciones sobre la orientación sexual han corrido el mismo derrotero en dicha conferencia, como en la mayoría de las instancias internacionales en las que se debatió su incorporación. El desvincular los derechos reproductivos de los temas de población y desarrollo y el poder avanzar en categorías que ligen la sexualidad a la libertad y la desvinculen de los procesos de salud/enfermedad son, todavía, tareas inconclusas (Cepeda, 2008; Correa, 2003; Anzorena, 2006; Tambiah, 1995; Correa y Parker, 2004; Petchesky, 2000).

La legislación, las políticas públicas y la jurisprudencia argentinas que afectan los derechos sexuales y reproductivos de la población, han sido el resultado de la convergencia de la incidencia de los procesos globales, respecto a conquistas de la lucha feminista; la asunción paulatina del Estado de los tratados y convenciones internacionales en su Constitución; y los procesos de negociación que, al interior del mismo, distintos/as actores y actoras han ido construyendo social y políticamente, a la luz de procesos históricos, políticos, sociales, culturales y globales, respecto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.(Correa,2003; Anzorena, 2006; Petchesky, 2000).

El marco normativo mundial, alcanzado hasta principios de este siglo¹⁵, como resultado de las luchas por el reconocimiento de los derechos de las mujeres, exige a los Estados respuestas integrales para la erradicación de las violencias. Aun así, hay una enorme brecha entre la norma y su efectivización, no sólo por el anclaje cultural que regla y naturaliza la violencia sino sobre todo, porque en las historias de las mujeres se articulan otros condicionantes, como la pobreza, la edad, la etnia, la religión, la orientación sexual, el lugar geográfico de procedencia y el contexto geopolítico del que forman parte. Por otra parte, cuanto mayor es el reconocimiento de los derechos de las mujeres en la sociedad, más evidente se hace la violencia y la discriminación sobre sus vidas y sus cuerpos.

Argentina ha sido un país profundamente pro-natalista. En 1974, durante el gobierno de Isabel Perón, se sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos. En 1977, la dictadura militar firmó el decreto 3.938, que contenía los Objetivos y Políticas Nacionales de Población, entre los que se incluía el de eliminar las actividades que promovieran el control de la natalidad, lo que permeó las políticas y programas de población y de salud pública en Argentina.

Transcurridos algunos años de la recuperación del régimen democrático, las normas restrictivas comenzaron a ser derogadas. A fines de 1986, mediante el decreto

¹⁵Tratados, convenciones y leyes configuran este plexo normativo que reconoce los derechos de las mujeres como derechos humanos y especifica todos los derechos vulnerados. Los más importantes son la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer (CEDAW; ONU, 1979) y su protocolo facultativo, aprobado en nuestro país en el año 2006 y la Declaración de Belém do Pará (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer; OEA, 1994). Cabe destacar que existe un movimiento que impulsa una Campaña para la realización de una Convención Interamericana por los derechos sexuales y los derechos reproductivos (www.convencion.org.uy), aún sin resolución.

2.274, se dejó sin efecto el decreto 659/74, levantándose las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales, reconociéndoles a las parejas el derecho a elegir libre y responsablemente la cantidad de hijos/as que desearan tener. Pero este cambio normativo no implicó una generalizada implementación de acciones positivas de forma inmediata. La primera iniciativa de una política pública en esta dirección, fue llevada a cabo en 1988, por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha el Programa de Procreación Responsable, que apuntaba a suministrar información y asistencia en anticoncepción.

Argentina fue dando pasos en su compromiso para deconstruir los paradigmas enquistados y dar lugar a otros, que respetaran las obligaciones internacionales asumidas. Sin embargo, fue recién entre los años 2002 y 2012 cuando se aprobaron las leyes centrales para el proceso de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como de derechos a la identidad de las mujeres y de las minorías sexuales. Los progresos legales y operativos/prácticos al respecto incluyen, en Argentina: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (a partir de la Ley 25.673 y el Decreto Nacional 1.282/2003); Ley de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento (Ley Nacional 25.929/2004); Ley de Contracepción Quirúrgica (N° 26.130/2006); Aplicación de la anticoncepción de emergencia en los hospitales y centros de atención primaria de salud del país, en el marco del cumplimiento de la Ley 25.673; Interrupción Legal del Embarazo en *cualquier* caso de violación¹⁶; Guías Técnicas emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación, para el tratamiento humanizado de las mujeres en situación de aborto o post- aborto, o de aborto no punible; Ley de Matrimonio Igualitario (modificación del Código Civil referido al matrimonio civil, Ley N° 26.618/2010); y Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743/2012) que habilita el reconocimiento legal de la identidad autopercebida y garantiza los tratamientos hormonales y quirúrgicos de reasignación de sexo, desde la perspectiva del derecho a la identidad, sin requerir un diagnóstico psiquiátrico (como acontece en otros países).

Los avances no se dan sin contradicciones. El sexo es político, y la sexualidad se manifiesta, todo el tiempo, ante una correlación de fuerzas que intentan oprimirla pero que también, la construyen y regulan. Claudia Anzorena (2006: 3) sostiene que las

¹⁶Este avance se dio gracias a que la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió en el año 2012 un fallo sobre un caso (conocido como F. A. L.), donde se ratifica lo establecido en el artículo 86 del Código Penal, eliminando las interpretaciones del inciso b, respecto a *qué mujeres*, víctimas de violación, les correspondía la autorización.

políticas públicas se diseñan en función de situaciones ligadas con la distribución de bienes económicos, pero también simbólicos. Y en el caso de las mujeres (pero también de cualquier persona cuya orientación o práctica sexual sea percibida como distinta a la norma), la línea de conflicto está marcada por lo simbólico: ¿hasta dónde es legítimo dar libertad y autonomía a las mujeres (o a cualquier sujeto/a subalterno/a) sin menoscabar el orden social? Las consecuencias evidentes son, más allá de los avances legislativos, la insistencia de regulación de las sexualidades. Con todas las contradicciones, el reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos ha sido fundamental para luchar en los ámbitos locales, sobre todo, cuando la Iglesia Católica y los grupos conservadores mantienen un nivel alto de injerencia en nuestro país, naturalizando y minimizando con justificaciones irracionales, un sinnúmero de situaciones de violencia, abuso y discriminación hacia las mujeres, los niños y las niñas y los grupos del colectivo LGTBQ que reivindican la diversidad como valor.

La maternidad en las políticas de sexualidad

Como se viene explicitando, el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en Argentina aún enfrenta condicionantes particulares, ya que sigue caracterizado por su fuerte impronta natalista. Claudia Anzorena (2006: 1) sostiene que, cuando se implementan acciones estatales para garantizar, atender o regular la salud sexual y reproductiva de la ciudadanía, en definitiva, se está pensando en destinatarias específicas: las mujeres -como una categoría homogénea-, con un proyecto de vida predominante -la maternidad- y con una sexualidad específica -la heterosexualidad. Todas aquellas mujeres que no corresponden con este modelo, pueden ser sospechadas, excluidas, o victimizadas. En nombre de estos modelos, los cuerpos de las mujeres pasan a ser tema de interés público, y las familias y sus mujeres se configuran en objetos de decisiones políticas, aun cuando esta ideología es constantemente debatida y resistida. Simone de Beauvoir, en su libro *El Segundo Sexo*, pone en crisis ideas como el instinto materno o el amor espontáneo a los hijos e hijas cuando dice que "...sobre la mujer no hay un destino fisiológico, psicológico o económico...", sino que son

construcciones sociales que se sostienen en diferentes épocas y lugares, como un continuo (2005: 31).

La injerencia de los Estados sobre los cuerpos y la sexualidad de las mujeres se ha dado desde la época de la colonia. Y estos cambios en la organización social y política implicaron siempre impactos en la vida y la sexualidad de las mujeres:

(...) cualquier proceso o situación política (conquista, guerra, dictadura, democracia) implica no sólo un reacomodo de instituciones o clase sociales y grupos étnica y racialmente diferenciados, sino forzosamente un impacto en las relaciones y situaciones diferenciadas entre mujeres y varones. Es más, implica un impacto directo en los cuerpos, patrones de natalidad y estructuras familiares. (Tábora, 2001: 11)

Desde el inicio de la configuración del Estado argentino, los gobiernos se adueñaron de la maternidad, siendo las mujeres y sus vientres las variables de ajuste para poblar y desarrollar el país. Al concebir a la maternidad desde el derecho de la sociedad a reproducirse, a las mujeres se les dejó solo la posibilidad de tutela y/o control (Nari, 2004). Por lo tanto, la medicalización de la maternidad, el paso de los partos domiciliarios a la asistencia en los hospitales, se configuró como una estrategia para combatir la muerte materna y la mortalidad infantil pero, también, como una nueva expresión de ese control. Esto generó la aparición de nuevos/as actores y actoras sociales, con diferentes paradigmas: de la partera, ahora oficio desvalorizado, se pasó a la asistencia médica, desde un paradigma elitista que se ejerce de forma jerárquica, desvalorizando los saberes de las mujeres y reduciéndolas a sus partes, trabajando con cuerpos enajenados y disociados de emociones e historia, tanto personal como social.

Luego de la década del '60, se configuró un cambio de paradigmas en las políticas de población y las políticas del cuerpo. Claudia Bonan (2003:8) explica que la antigua premisa de que había que poblar la nación fue puesta en debate y la cuestión de la población fue reubicada como una ecuación problemática entre el crecimiento poblacional mundial, por un lado y, por otro, el desarrollo económico y social, la estabilidad política, la preservación ambiental de los países y el orden internacional. Este nuevo posicionamiento, llamado neomalthusianismo, propone un control *especializado* de la natalidad, planteando un trasfondo racista¹⁷. Más allá de estos basamentos, ello permitió una apertura para las prácticas de la regulación de la

¹⁷ Las planificaciones familiares sustentadas en esterilizaciones masivas puestas en marcha en América Latina fueron dirigidas a las mujeres más pobres y tienen un sustento racista y clasista como trasfondo. Siendo el caso más reciente el de Perú.

fecundidad y una posibilidad de diálogo entre las feministas, el Estado y las instituciones médicas.

En el análisis de las Constituciones y de los ordenamientos sociales que han desarrollado los Estados latinoamericanos, pueden encontrarse discursos y acciones que directa o indirectamente impactan coercitivamente en las mujeres, especialmente en lo que respecta a su sexualidad y a su rol reproductivo (Tábora, 2001:9).

La definición de expresiones alternativas de la sexualidad, las diversas formas de vivirla, las conformaciones familiares heterogéneas, y las conquistas logradas por las mujeres, más allá de las normas y de lo que las convenciones legalizan, están operando como posibilitadoras para el reconocimiento de esa diversidad en el campo de la sexualidad. Estos avances muestran que, en los últimos años, se ha logrado introducir, en el campo político, un nuevo dispositivo epistemológico e interpretativo acerca de los derechos de las personas, en torno a su sexualidad. Claudia Bonan lo entiende como:

De modo distinto de los marcos religiosos, biomédicos y estatales, se esboza un marco emancipatorio, donde son razones del orden del derecho de las personas a decidir y disfrutar el propio cuerpo y sexualidad las que deben fundamentar los principios éticos, los pactos sociales y las acciones del Estado en esos asuntos (Bonan, 2003: 3)

El conflicto entre el viejo paradigma y el actual paradigma de derechos es la razón por la cual los avances normativos en la Argentina no han encontrado, todavía, una implementación generalizada. En la actualidad, conviven argumentaciones y normativas que avalan el reconocimiento de los derechos, junto a fundamentaciones históricas, sociales, culturales y religiosas, ligadas a la necesidad de regular.

Estado de la cuestión¹⁸

La violencia contra las mujeres, en los servicios de salud de la provincia de Santiago del Estero, se ha ido haciendo evidente a la par que las feministas, las académicas y las organizaciones de mujeres la han (hemos) ido denunciando y enunciando. Al mismo tiempo, la Academia, a nivel global y regional, ha aportado a esta visibilización, en tanto los estudios vinculados a los derechos sexuales y

¹⁸ Parte de esta reconstrucción de antecedentes sobre la temática ha sido elaborada en diálogo con la Mg. Cecilia Canevari.

reproductivos de las mujeres han problematizado los fundamentos, construyendo categorías, poniendo en crisis otras y aportando, con la producción de conocimiento, a distinguir las formas específicas de opresión sobre los cuerpos de las mujeres. Se desarrollaron investigaciones sobre las relaciones de las mujeres con el saber médico y la medicina, sobre los derechos sexuales y reproductivos, y sobre de los procesos del embarazo, parto y puerperio. Algunos de los estudios se han centrado en la brecha entre los derechos y las experiencias cotidianas de violencias que experimentan las mujeres en su relación con los servicios de salud; otros enlazan las dimensiones de raza y clase para analizar estas relaciones; hay investigaciones sobre las prácticas médicas y la hegemonía de las mismas, que se enfocan en las representaciones, creencias y saberes médicos; y estudios que reconstruyen las significaciones y resignificaciones acerca de los cuerpos de las mujeres, a la luz de la política, en el ámbito de los Estados, develando las intenciones y fundamentos patriarcales, racistas y clasistas que esconden. Los enfoques de género y de derechos humanos están presentes de modo variable y con mayor o menor intensidad en cada una de estas líneas de trabajo, pero la mayoría pone el acento en sus intenciones de incidir para mejorar la situación de las mujeres a la hora de parir, haciendo efectivos sus derechos reproductivos.

*Informes de investigación que
habilitaron denuncias*

Entre los trabajos sobre la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que dieron origen a denuncias concretas, en Argentina, se destaca el realizado por Susana Chiarotti y su equipo Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de las mujeres, CLADEM, y el Instituto de Género, Derecho y desarrollo, INSGENAR, quienes llevaron adelante una investigación en la ciudad de Rosario, publicada en dos libros (“Con todo al aire 1”, 2003 y “Con todo al aire 2”, 2008). En los mismos se recopilan diferentes experiencias de mujeres que asisten a un hospital público, buscando asistencia por un aborto en curso o por un embarazo, y las analizan desde los marcos legales nacionales e internacionales existentes. El trabajo de este equipo formalizó numerosas acciones para discutir la violencia contra las mujeres que se da en los servicios de salud, creando un Observatorio para el monitoreo de la

problemática (Salud, género y derechos humanos), organizando encuentros académicos y elaborando material para la difusión y concientización, entre los que se cuenta una pieza teatral para sensibilizar sobre la problemática. El equipo coordinado por Susana Chiarotti también ha tenido incidencia en las formas de hacer política, promoviendo cambios en la legislación de la ciudad de Rosario, e interviniendo en denuncias puntuales de casos de violencia obstétrica y reproductiva.

Del mismo modo, el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de las mujeres, de Perú, ha visibilizado las reiteradas violaciones a los derechos humanos de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud, a partir de testimonios y entrevistas colectivas, cuyos resultados se reflejan en dos trabajos: “Silencio y complicidad” (1988), y “Nada Personal” (1996-1998). Las esterilizaciones forzadas a 314.605 mujeres, en el marco del Programa Nacional de Planificación Familiar del gobierno de Alberto Fujimori (1995), que fueron denunciadas a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, dan cuenta de esta política etnicida, que negó a esas mujeres el derecho a una decisión libre e informada acerca de su salud reproductiva. Si bien CLADEM Perú registró los métodos de hostigamiento, amenaza y/o chantaje empleados por personal de salud de aquel entonces para practicar ligaduras a mujeres peruanas, Fujimori fue absuelto. Sus políticas eugenésicas, fundadas en prácticas racistas, clasistas y etnocéntricas, fueron enmarcadas en programas de planificación familiar que escondían esas intenciones.

*Aportes desde la Sociología y la
Antropología de la Salud*

En la línea de la Sociología y la Antropología de la Salud, hay diversos trabajos de investigación sobre la temática, entre los cuales se destaca el de Michelle Sadler (2004), quien se propuso develar los mecanismos y condiciones organizativas, materiales e ideológicas que legitiman la hegemonía de un tipo de conocimiento en la atención de partos —el biomédico— en hospitales públicos de Santiago de Chile. Sadler considera que, en la atención de partos, se simbolizan las relaciones de poder y de inequidad de género presentes en la sociedad. Esta antropóloga relata que, hasta fines de la década del sesenta, momento en que se comenzaron a explorar las costumbres indígenas para

enfrentar el parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el cada vez más hegemónico modelo alópata, no había estudios etnográficos de calidad (Ibíd.).

Fue la publicación de “Birth in Four Cultures” de Brigitte Jordan (1978), la que sirvió para enfocar la atención antropológica en el parto, como resultado de un trabajo etnográfico y de comparación entre las culturas. La aproximación biosocial de Jordan reconoció al mismo tiempo la función biológica universal y la matriz socio-cultural específica de cada cultura. La autora analizó las formas de parir en cada cultura como un sistema con coherencia interna: una conceptualización holística que permite evitar otorgarle existencia objetiva y dominante a un modelo sobre otro. Además, denuncia que la exportación de la biomedicina a distintos lugares del mundo está causando serios daños en los sistemas indígenas tradicionales (Ibíd.). A este trabajo le siguen los de Robbie Davis Floyd, R. y Carolyn Sargent, C. (1996, 1997) quienes rescatan las distinciones entre los partos centrados en una mirada tecnocrática y aquellos otros que se considera como humanizados.

*Trabajos de investigación sobre
violencia obstétrica en Argentina*

Rastreando el tratamiento de la problemática de la violencia obstétrica en nuestro país, se destacan varios trabajos. Entre ellos, el de Mirta Videla, quien denunció en su libro “Maternidad, Mito y Realidad” (1973), la atención mecanizada, tecnicista, despersonalizada a las madres, como si fueran máquinas descompuestas o simples piezas en una línea de montaje. Fue escrito por sugerencia de Florencio Escardó, pediatra y sanitarista argentino, en el marco de una colección que se llamaría Psicología Nacional (frustrada por los cambios políticos de esa época), editada por Peña Lillo. Con el golpe de Estado de 1976, el libro fue sacado de las librerías, como muchos otros. Con el retorno de la democracia, la autora fue convocada junto a su equipo de trabajo (que se había sostenido clandestinamente), para asumir la cátedra de Salud Mental y Psicohigiene de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Desde la misma, se dio apoyo a los organismos de derechos humanos y se colaboró en la restitución de niños robados a las embarazadas secuestradas. Durante cincuenta años de

profesión, Mirta Videla denunció la atención violenta del parto y la violencia hecha cultura de las instituciones, echando luz sobre las episiotomías indiscriminadas, cesáreas innecesarias, el abandono y la humillación a las mujeres, el despojo institucional de hijos e hijas tras el parto, Kristeller abdominal¹⁹, analgesia y anestesia para evitar el sufrimiento, provocación de dolor psíquico (con sus consecuencias), y los padecimientos laborales que sufrían los y las agentes de salud que pretendían cambiar lo establecido y no ser cómplices de los secretos guardados en las cajas negras de las instituciones²⁰

Silvina Ramos (1984) recuperó la experiencia de la maternidad en mujeres de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. En su primer trabajo sobre el tema, cuando todavía la sexualidad no estaba tan claramente puesta en las agendas estatales o académicas, ni en la investigación. Sólo había habido algunas reflexiones sobre la sexualidad durante las primeras olas del feminismo argentino y latinoamericano. Cuando se refiere a los partos hospitalarios, Ramos menciona la violencia que sufren las mujeres y las prácticas invasivas a las que se las somete, sin su consentimiento (Ibíd.). La autora ha sido parte de un sinnúmero de investigaciones posteriores, vinculadas al derrotero de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina, y a temas como el aborto y la mortalidad materna, en el marco de las políticas de salud, tarea con la que continúa hasta la fecha.

En Tucumán, el equipo conformado por Patricia Arenas, Luisa Vivanco y Rosa Isac (quien escribe), llevó adelante una investigación que se denominó “Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán” (2003), y fue la primera del Noroeste relacionada a este tema. El propósito fue analizar la vinculación que existe entre la violencia institucional, género y salud, y las diferentes expresiones de la violencia en el proceso de atención de las mujeres que asistían a esa Maternidad. El trabajo tuvo repercusión política a nivel provincial y nacional, a través de un artículo en el Diario Página 12, titulado “Parir en el Infierno”²¹, aportando a los debates que se venían dando desde diferentes organizaciones y

¹⁹ Una de las maniobras más controvertidas realizadas durante el parto es la que se conoce como maniobra de Kristeller, que es aquella en la que alguien presiona el abdomen de la madre (el fondo del útero) hacia abajo, para conseguir que el/la bebé salga o, como mínimo, llegue a la coronación. Hoy está desaconsejada en la praxis médica.

²⁰Entrevista realizada a Mirta Videla por Silvia Marchant. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016 en:http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/sitios_catedras/296_psicologia_ciclo_vital1/material/referentes/videla_mirta.pdf.

²¹<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-29564-2003-12-21.html>. Recuperado el 12 de Abril de 2017.

movimientos acerca de la necesidad de una ley que posibilitara un parto respetado. El informe de la investigación fue publicado en su versión completa²².

El estudio en la Maternidad de Tucumán tuvo continuidad en Santiago del Estero, durante el año 2005, con un equipo conformado por Patricia Arenas, Cecilia Canevari y Rosa Isac. Nos propusimos describir las relaciones de poder, subordinación y violencia que se establecen durante la atención de la salud de mujeres en el espacio de una institución hospitalaria, desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres. Los resultados fueron traducidos en acciones de concientización y en producción de materiales radiales para el trabajo en talleres y para difusión de la Ley Nacional de Parto Respetado, aprobada mientras iniciábamos la investigación, además del ya mencionado libro de Canevari, “Cuerpos enajenados” (2011).

Las investigaciones iniciadas en el año 2011, y enmarcadas en el Grupo Géneros, Política y Derechos²³ del Instituto de Estudios Sociales de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud de la UNSE, han estado centradas en analizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, vinculado a las prácticas, las leyes y las políticas, y en develar al sistema médico como estructura estructurante de poder, en la provincia de Santiago del Estero. Esta grupa de la que formo parte, ha venido desarrollando diferentes acciones, de incidencia política y social, articulando con el Área de Género de la provincia y con otras entidades, organismos y organizaciones. Se han elaborado diversas campañas de sensibilización, con producción de audiovisuales, y se han redactado informes técnicos. En febrero del corriente año se ha convocado, desde la misma, a más de 30 organizaciones, para la conformación de la Colectiva Ni Una Menos Santiago del Estero, desde la cual estamos llevando a cabo acciones programáticas.

Otros aportes han sido los de Mónica Tarducci, antropóloga feminista, quien presentó su libro sobre “Las maternidades en el siglo XXI” (2008), en el que propone reflexionar críticamente en torno a las representaciones sociales de la maternidad, a partir de las cuales intervienen diferentes actores, como el Estado, los y las agentes de salud, de justicia y la Iglesia. Las discusiones que se plantean son tan actuales como: la adopción, las nuevas tecnologías reproductivas, la tramitación judicial del infanticidio, las maternidades vividas en los campos de concentración durante la última dictadura

²² <https://www.margen.org/suscri/margen35/tucuma.html>. Recuperado el 12 de Abril de 2017.

²³ Coordinado por Cecilia Canevari

militar argentina, la organización burocrática de la apropiación ilegal de niños y niñas nacidos en cautiverio, la anticoncepción quirúrgica femenina y la vinculación entre las políticas sociales estatales y las mujeres de sectores populares.

Valeria Fornes contribuye, desde una mirada antropológica, a problematizar las prácticas cortantes en la obstetricia (episiotomía y cesárea), indagando las razones que se usan para justificarlas y las tensiones que éstas generan (2009). La autora las considera como heridas deliberadas de la cultura, dado que son intervenciones sobre la naturaleza, y las interpreta como rituales que la Medicina aplica como modo de control social. En otro trabajo, Fornes explora las tensiones y convergencias que existen entre los diferentes discursos y prácticas que sostienen y dan cuerpo al llamado Movimiento por la Humanización del Parto en Argentina, brindando una aproximación a los diversos –y divergentes- sentidos con los que se usa el concepto de *humanización* (2010). Finalmente, la misma autora explora el parto domiciliario y las significaciones políticas del mismo, considerando los derroteros de las mujeres que toman la decisión de dar a luz a sus hijas e hijos fuera del ámbito institucional (2011).

Canevari, Arostegui, Righetti y Vallejos se proponen, en el Gran Buenos Aires, identificar las prácticas que constituyen violencia obstétrica, según la definición dada por la Ley Nacional 26.485, tanto desde la perspectiva de las y los profesionales de la salud como del público usuario de dichos servicios; reconocer factores, especialmente institucionales, que pueden actuar como incentivos o desincentivos para la violencia; y postular estrategias para prevenir y erradicar las prácticas que la sostienen (2014).

Priscila Badillo Romero (2015) trabaja en Santiago del Estero sobre los obstáculos institucionales y personales de los/as profesionales de la obstetricia para incorporar y ofrecer a las mujeres la alternativa de parir en posición de cuclillas.

Investigaciones en América Latina

En diversos países de América Latina hay trabajos vinculados a registrar la violencia obstétrica. Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014), en una publicación reciente, recuperan veinticinco años de investigaciones sobre violencia obstétrica y plantean un debate necesario, cuestionando algunos trabajos realizados en México, que proponen conceptualizar la violencia obstétrica como un problema de ética y calidad de

atención, lo que, para estos autores, relativiza la gravedad del fenómeno, dejándolo atrapado en las lógicas del campo médico, apartándose de los argumentos que dan cuenta de que se trata de violaciones a los derechos humanos.

Susana Rostagnol y Mariana Viera analizaron las distintas instancias y formas en que se actualizan los derechos humanos en el proceso de atención en salud sexual y reproductiva, en el Hospital de la Mujer (Centro Hospitalario Pereira Rossell) de Montevideo, Uruguay (2006). Las autoras plantean la necesidad de la existencia de mecanismos habilitantes y la consideración de las personas como sujetos morales, a fin de que puedan alcanzar la titularidad de sus derechos. Rostagnol también ha desarrollado un profundo trabajo de indagación acerca de la experiencia de mujeres jóvenes y adultas a la hora de interrumpir un embarazo (2005, 2006).

En Brasil, Carmen Tornquist (2001, 2003, 2004) trabaja problematizando las implicancias del concepto de *parto humanizado* y se interroga sobre si esa denominación efectivamente introduce transformaciones en las maneras de comprender la maternidad. Además, estudia a los movimientos sociales que adhieren al ideario de la humanización, sus tensiones internas, sus propuestas innovadoras en términos de la asistencia al parto, las acciones que llevan adelante y su relación con el feminismo. Tornquist busca comprender cómo el feminismo interpreta a este movimiento, y si la humanización en el parto aporta a transformar las relaciones de género o de poder que históricamente han constituido el campo de asistencia del parto en su país (Ibíd.).

Carmen Simone Grilo Diniz, en Brasil, da cuenta de las tensiones existentes, entre la técnica y los derechos humanos, para alcanzar la humanización en la atención a mujeres durante el parto (1997, 1998, 2001).

Daphne Rattner marca una posible relación entre las dificultades que hay en Brasil para disminuir la mortalidad materna y la atención que se brinda a las mujeres en el parto (1996, 2005, 2009). La autora señala que se ha demostrado, en los países en desarrollo, que más del 90% de los casos de mujeres que han muerto durante el proceso reproductivo, eran evitables. Entonces, cabe la pregunta, ¿cuáles son las acciones y omisiones del Estado para evitar estas muertes? Rattner plantea que, durante el siglo XX, hubo un importante desarrollo tecnológico en salud, pero que este proceso desvalorizó los cuidados, vinculando el uso excesivo de tecnología con el estancamiento

en la disminución de los indicadores de mortalidad de mujeres durante el proceso reproductivo (Ibíd.).

También en Brasil, un estudio realizado en el año 2010, por la Fundación Perseu Abramo, da cuenta de que un 25% de las mujeres reconocen haber sufrido algún tipo de violencia durante el parto. En el mismo, se caracterizó como violencia contra las mujeres durante el nacimiento al acoso sexual, las agresiones físicas y psicológicas, humillaciones, negligencia, exámenes físicos dolorosos y/o la falta de información sobre los procedimientos.

Investigaciones surgidas en la comunidad médica

También la comunidad médica ha producido investigaciones que merecen ser recuperadas para este trabajo. Marbella Camacaro Cuevas ha indagado sobre la violencia contra las mujeres en instituciones sanitarias de Venezuela, particularmente en relación a los procesos reproductivos, y busca poner en discusión la atención obstétrica hegemónica desde una perspectiva de género (2000, 2002, 2005, 2009, 2012). Camacaro Cuevas denuncia la medicalización y patologización creciente del parto y las prácticas médicas intervencionistas.

Sara Yaneth Fernández Moreno estudió la violencia de género presente en las instituciones de salud en México y en los servicios de la Red Pública de atención hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (2007, 2008). También indagó los puntos críticos en la ruta de atención a las pacientes que sufrían violencia, las razones para su no registro, la falta de atención y las evasiones de la responsabilidad civil y administrativa ante estos casos (Ibíd.).

El camino que algunas corrientes teóricas proponen para eliminar la medicalización y la tecnocracia biomédica, es recuperar y reforzar la vinculación de las mujeres con la naturaleza. Estos movimientos trabajan con la idea de que las mujeres y sus hijos/as pertenecen a la clase mamífera y han perdido -de alguna manera-, sus instintos. Un médico francés, Michel Odent (2002, 2009) lidera fuertes críticas a la medicina intervencionista durante el nacimiento y ha impulsado la formación de doulas, que son mujeres que acompañan a otras mujeres durante el proceso de parto. Con una

perspectiva diferente, más vinculada a la Salud Pública, Mardsen Warner también critica a la medicina obstétrica, explayándose en las consecuencias que tienen las prácticas medicalizantes e invasivas sobre la salud de las mujeres y sus hijos/as (1998, 2000, 2006).

*Los movimientos por la humanización
del parto*

En América Latina, los movimientos para la humanización del parto han sido pioneros, siendo Brasil el país con mayor trayectoria sobre el tema. Allí, hace más de treinta años, con la asistencia de comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos/as, sociólogos/as, psicólogos/as, economistas, administradores/as sanitarios y madres, se hizo una declaración, en la ciudad de Fortaleza, acerca de cuáles eran las mejores condiciones para un parto (1985).

En Argentina hay numerosas redes conformadas con el objetivo de buscar una transformación de las prácticas médicas, para humanizarlas. En la provincia de Tucumán, Alonso, Castagnaro, Mirabella de Miotti, y Romero de Figueroa (1990), lideraron una investigación que se tradujo en la puesta en marcha del “Proyecto Shulca”, que planteaba la humanización de la atención perinatal, basándose en la Declaración hecha en Fortaleza (Brasil). La lógica que se expresaba en ese proyecto, era opuesta a la lógica del modelo médico hegemónico: el argumento de la asepsia sostenida por el discurso médico ha planteado una puja de poder entre lo que se ha desvalorizado y lo que se ha instituido como jerarquizado; una falsa dicotomía entre la cultura oral y la letrada; los conocimientos heredados y los aprehendidos; el saber de la vida y el de los libros; la memoria emotiva y la racional; lo popular y lo científico; el cuerpo y el alma; el campo y el laboratorio; lo local y lo global. El Proyecto Shulca tuvo vigencia por unos pocos años, pero dejó la señal de que es posible un trato humanizado a las mujeres durante sus procesos de parto.

Gran cantidad de profesionales han analizado los procesos de construcción de la sexualidad a la luz de la política estatal, revelando sus configuraciones patriarcales, y entendiendo que la sexualidad se ha configurado como un objeto político, una estrategia política para adueñarse de los cuerpos de las mujeres.

Michel Foucault aporta a una mirada política de la sexualidad; propone pensar en las fundamentaciones más profundas de la construcción del dispositivo de la sexualidad, como una estrategia para el control y el disciplinamiento. Ese dispositivo de poder, que produce prácticas y saberes, valida unos e invisibiliza otros. Foucault considera al discurso sexual y la libertad sexual alcanzada en las últimas décadas como un dispositivo falso, que pretende distraer de lo que debe ser verdaderamente objeto de disputa en nuestra sociedad: el control sobre nuestros propios cuerpos, sobre nuestros deseos y pasiones. El autor solo logró publicar tres volúmenes de su proyecto acerca de la historia de la sexualidad. El primero, “La voluntad de saber” (publicado en 1976), se sitúa en los siglos XVIII y XIX y se centra en el funcionamiento de la sexualidad en relación con la emergencia del bio-poder. El segundo, “El uso de los placeres” (publicado en 1984), pone en debate la forma en que la sexualidad fue problematizada por filósofos y médicos en la cultura clásica del siglo IV a. C. El tercero, “La inquietud de sí” (publicado en 1984), refiere a un tema antiguo y a la vez actual, la formación del individuo: el cuidado del cuerpo, las reglas del matrimonio, las relaciones con las mujeres y con los varones jóvenes, la representación del placer y sus usos, los cuales se inscriben en el constructo político y cultural de una sociedad y se confrontan con la idea de la vida buena. Como se mencionó anteriormente, aun cuando Foucault hace un esfuerzo por explicar cómo opera el poder sobre los cuerpos, no profundiza en cómo esta estrategia biopolítica se lleva adelante sobre los cuerpos de las mujeres, ya que el capitalismo necesitaba fuerza de trabajo y el único modo de obtenerla era a través de la reproducción, que ocurre necesariamente en un cuerpo femenino. De esta forma, la estrategia moral aplicada desde la medicina, la educación y las religiones, fue necesaria para que la biopolítica tuviera éxito. Dentro del paradigma biopolítico, los cuerpos de las mujeres pasaron a ser un tema de Estado, puesto que para poblar y desarrollar un país, la variable de ajuste fueron sus vientres (Arenas, Canevari, Isac, Palazzi, 2017).

Kate Millett, feminista de la segunda ola, publicó su libro *Política Sexual* (1969) e hizo un gran aporte teórico al devenir del feminismo de los setenta. En él, la autora desarrolla el concepto de *patriarcado*, e indaga sobre las vinculaciones entre la diferencia sexual y las relaciones de poder. Millet parte de que "...el sexo reviste un cariz político que, las más de las veces, suele pasar desapercibido..." (1975: 32). La autora emplea el término *política* para referirse a las relaciones que se establecen desde el poder, con la finalidad de que el grupo dirigente mantenga el control sobre quienes domina. Millett postula que, en el ámbito privado- tradicionalmente considerado ajeno a la política- se desarrollan las relaciones de poder que están en la base del resto de las estructuras de dominación. El feminismo plantea el análisis de lo privado, la familia y la sexualidad como ámbitos de poder y dominación sobre las mujeres.

Ivonne Knibiehler, feminista francesa de la segunda ola, escribe acerca de la maternidad y aporta para pensar la liberación de las mujeres vinculada a la defensa de la maternidad (1997, 2002). Al mismo tiempo que apoyaba las luchas de las militantes sobre la sexualidad, el control de la fecundidad, el poder o el trabajo, Knibiehler estaba convencida de que la maternidad sería una cuestión central de la liberación femenina. Fue muy discutida y excluida por sus posicionamientos.

Marcela Nari -historiadora, referente e investigadora del feminismo-, en su libro "Políticas de maternidad y maternalismo político" (2004), da cuenta de su investigación sobre los procesos de maternalización de las mujeres y la politización de la maternidad en la ciudad de Buenos Aires, entre 1890 y 1940. Nari describe las bases materiales e ideológicas que permitieron la instalación de la ideología maternal, y muestra la conformación del movimiento feminista como parte de la politización.

Claudia Bonan (2001), doctora en sociología, docente e investigadora del Instituto Fernández Figueira, de Brasil (IFF/FIOCRUZ), analiza los desafíos políticos y culturales de los feminismos latinoamericanos, el proceso de transformar las nociones y los modos de articular regulación social, por un lado, y autonomía y libertad, por otro. Bonan estudia el desarrollo de un marco emancipatorio en un campo político de lucha, poniendo en crisis un modo de ordenamiento de la vida social que reproduce las asimetrías de género y los mecanismos de privación de poder para las mujeres.

Sonia Correa es representante e investigadora de la Asociación brasileña interdisciplinar de SIDA, del Programa Global para los Derechos Sexuales y

Reproductivos de Alternativas para el Desarrollo de Mujeres de la Nueva Era (DAWN), e integró los equipos de la Conferencia del Cairo (1994). Sus mayores aportes son el análisis de los dilemas teóricos y práctico-políticos que están implícitos en la tarea de conceptualizar y legitimar los derechos sexuales y sobre cómo esta construcción está atravesada por las concepciones dominantes de género y sexualidad; la capacidad normativa de los Estados nacionales y de los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos; el efecto de las fuerzas del mercado; y todas las expresiones de los fundamentalismos (1994; 2004).

Rosalind Petchesky es una activista del movimiento de base de Estados Unidos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer desde 1977. Ha realizado importantes aportes en temáticas vinculadas al sexo y la sexualidad, el aborto y los derechos reproductivos, globalización, neoliberalismo, militarización, movimientos feministas y de justicia social (1985; 2000).

Claudia Anzorena es especialista en género y políticas públicas, doctora en ciencias sociales, activista por los derechos sexuales y reproductivos y co-coordinadora de RIMA²⁴ (Red Informativa de Mujeres de Argentina). Además, es investigadora del CONICET, donde indaga sobre la relación entre mujeres, Estado y ciudadanía en las políticas públicas. Su libro “Mujeres en la trama del Estado” (2013), permite dar cuenta, desde una perspectiva feminista, de las políticas públicas destinadas a mujeres. En otros artículos, analiza la intervención del Estado como regulador de las sexualidades, dando cuenta de sus efectos en las vidas de las mujeres (2006; 2008).

Mario Pecheny, doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III, es profesor en la Universidad Nacional de Buenos Aires e investigador del CONICET con sede en el Instituto Gino Germani. Investiga sobre derechos humanos, salud y sexualidad. Uno de sus aportes es el análisis la trayectoria de las políticas de sexualidad en América Latina, las marcas de la Colonia, las continuidades de este orden.

En todos estos trabajos, realizados en diferentes países (la mayoría de nuestra región) y en distintos períodos, emergen las mismas violaciones de los derechos de las mujeres a la hora de parir, y las prácticas sobre sus cuerpos son contempladas como

²⁴ www.rimaweb.com.ar

torturas en la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles y degradantes²⁵, tratado internacional, firmado por Argentina.

El 1 de Febrero del año 2013, en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en reunión del Consejo de Derechos Humanos, se presentó el informe de Juan E. Méndez (Relator Especial) sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes²⁶. Dicho informe reconoce que la tarea de acabar con la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud encuentra obstáculos singulares debido, entre otras cosas, a la percepción, nunca justificada, de que las autoridades pueden defender ciertas prácticas de atención de la salud por razones de eficiencia administrativa, para modificar conductas o por imperativo médico. Otro punto importante que se explicita en ese informe, es que la obligación de los Estados no se aplica sólo a funcionarias y funcionarios públicos, sino que también puede aplicarse a médicos/as, profesionales de la salud y trabajadores/as sociales, incluso si trabajan en hospitales privados. La prohibición de la tortura debe hacerse cumplir en todo tipo de instituciones, y los Estados deben actuar con diligencia para impedirarla, investigarla, y para enjuiciar y castigar las infracciones cometidas.

Las investigaciones aquí mencionadas dan cuenta de la mayor incidencia de casos de violencia y discriminación en mujeres pertenecientes a sectores sociales con más riesgos y desventajas en el plano de la salud sexual y reproductiva: mujeres jóvenes, mujeres en situación de pobreza, mujeres pertenecientes a determinadas etnias, mujeres rurales o pertenecientes a zonas urbano-marginales. Estas desigualdades están vinculadas a la ininterrumpida disputa en el espacio público-político por el control sobre los cuerpos y la sexualidad de las mujeres. La violencia obstétrica, tal como la define en nuestro país la Ley 26.485²⁷, es una expresión de estas tensiones y pujas históricas no resueltas, en una sociedad atravesada por relaciones de dominación patriarcal.

²⁵La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradante fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984, y entró en vigor el 26 de junio de 1987, al haber sido alcanzado el número de ratificaciones necesario, convirtiéndose en el primer instrumento internacional vinculante exclusivamente dedicado a la lucha contra una de las violaciones de derechos humanos más graves y frecuentes de nuestro tiempo.

²⁶ En: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/A-65-44_sp.pdf Recuperado el 25 de Marzo del 2107.

²⁷“Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” promulgada en abril de 2009.

Decisiones/definiciones metodológicas para abordar el campo

Un primer acercamiento a las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres santiagueñas tuvo lugar en el marco de las Jornadas de Sexualidad, Reproducción y Ciudadanía, celebradas en Santiago del Estero, en el año 2003, mientras compartíamos los resultados del trabajo de investigación realizado en Tucumán. Las mujeres asistentes al evento relataron hechos similares y/o más aberrantes que los recabados por nosotras.

Me temblaba todo el cuerpo, era como si me volviera todo lo que había pasado hace muchos años. (Mujer campesina, asistente en las Jornadas, acerca de un legrado sin anestesia al que fue sometida)

Esta experiencia nos impulsó a replicar la investigación inicial en el Hospital de Referencia de Santiago del Estero “Dr. Ramón Carrillo”, casi con la certeza de que las historias de ultraje que nos interpelaron en la maternidad pública de Tucumán eran similares a otras historias de sitios diferentes. Queríamos, también, denunciar estos hechos, desde una militancia que habilitara nuevos espacios de enunciación del malestar ante el orden establecido, por el cual –y en el cual- las mujeres quedaban silenciadas.

El segundo trayecto de investigación implicó profundizar en las rutas críticas de acceso a la ligadura tubaria de mujeres en proceso de parto. La Maternidad del Hospital en estudio mantiene, aún hoy, la disposición de realizar la contracepción quirúrgica en el momento del parto, obligando a la mujer a someterse a una cesárea. Esta es una condición innecesaria, más vinculada a las necesidades y los tiempos de los y las agentes de salud. La otra opción es una operación laparoscópica, sin demasiados inconvenientes y de mayor comodidad para las mujeres, que se puede programar pos parto, o sin mediar parto.

Los dos trayectos de investigación realizados en Santiago del Estero se inscriben en la tradición etnográfica, en el marco de la antropología feminista, que ha trabajado para dar cuenta de que los sistemas de género constituyen uno de los principios de estructuración social fundamentales. Es desde esta perspectiva que adherí a la necesidad, en el marco del trabajo de investigación, de incorporarme como una variable más en la producción de conocimiento. En este punto, la etnografía ha aportado una reflexión acerca de los modos monolíticos de producir conocimiento acerca del otro/a cultural y del fetichismo metodológico a la hora de debatir acerca de la objetividad.

Chandra Talpade Mohanty expresa que la conexión entre las mujeres como sujetos históricos y la representación de mujer producida por los discursos hegemónicos no es una relación de identidad directa, ni una relación de correspondencia o simple implicación (2008:115). Así, las prácticas del feminismo académico, -como toda práctica académica, ya sea de lectura, escritura, crítica o textual- están inscritas en las relaciones de poder a las que se enfrentan, resisten o, quizás, incluso respaldan implícitamente. No existe, por supuesto, la academia apolítica. Por ello la decisión de objetivar-me antes, durante y luego de finalizar estos trayectos de investigación, tanto individual como colectivamente.

La etnografía, en su significación múltiple, como procedimiento, producción de conocimiento y como perspectiva, me permite confrontar las representaciones y las prácticas de los agentes; también seguir la secuencia de las formas en que se eufemizan y se transforman las prácticas violentas en prácticas normalizadas y de disciplinamiento de las mujeres (con normativas, protocolos, reglas, resoluciones); rescatar las prácticas de resistencia y de microlibertades de las mujeres en el marco de este dispositivo; ir registrando mis reflexiones y cómo se expresan en esta producción.

El espacio social elegido es una institución de salud pública de referencia, que aglutina a mujeres de toda la provincia. En ella circulan una heterogeneidad de actores y actoras sociales, con trayectorias y saberes diferentes, por lo que permite recuperar las formas en que se expresan y despliegan las políticas, discursos y prácticas que se ponen en juego en el dispositivo de salud. Las unidades de observación están constituidas, entonces, por los profesionales y las mujeres usuarias del Servicio de Maternidad del Hospital Regional, en situaciones obstétricas, y se intenta dar cuenta de las representaciones y las prácticas de los actores involucrados, desde sus lógicas.

Las formas de entrar al campo desde la etnografía no son rectilíneas. Velasco y Díaz de Rada afirman que el proceso de construcción de conocimiento no egocentrado implica un camino laberíntico en el sentido que:

(...) en la medida en que la etnografía trata de captar significados y reglas de acción social en un contexto particular, no parece adecuado representar la labor del investigador como una secuencia rígidamente segmentada en fases: el transcurso de la investigación no depende sólo de la voluntad del etnógrafo, sino de su interacción con personas que, como él, interpretan de algún modo la realidad. (1997: 125)

Por lo antedicho, la triangulación de herramientas de indagación se fue terminando de consolidar en el campo, en el marco del ejercicio de reflexividad de quien investiga, y del avance en el ejercicio de recuperar las lógicas de los otros culturales.

El uso de una muestra intencional estratificada permitió confrontar las voces y las prácticas de efectores y efectoras de las diferentes disciplinas que convergen en la Maternidad. También permitió recuperar situaciones o informantes que ayudaron a desarrollar la investigación.

El trabajo de campo es un ejercicio de papeles múltiples, donde el mayor de los objetivos es establecer y operacionalizar relaciones sociales con las personas que lo integran (Velasco y Díaz de Rada, 1997). Las estrategias empleadas han sido diversas:

- observación participante;
- visitas al hospital;
- entrevistas individuales a profesionales, dentro y fuera del hospital;
- entrevistas, en salas de espera de dos Unidades de Atención Primaria de la Salud²⁸, a mujeres de la ciudad Capital, atendidas en los últimos 10 años en el Hospital Regional;
- grupos focales con mujeres, en un barrio de la ciudad Capital y en el departamento Figueroa (25 mujeres en total);
- grupos focales con profesionales de cada disciplina (Medicina, Obstetricia, Enfermería) y sus residentes;
- entrevistas a Jefes/as de Servicio y a uno de los referentes de la Maternidad.

En casi todos los casos, las entrevistas pudieron ser grabadas²⁹. Los grupos focales con los y las profesionales se fueron definiendo en el hospital, con los jefes y jefas de cada Servicio, quienes dieron libertad para elegir el lugar para la realización de los mismos, facilitando un clima de confianza y cordialidad. La experiencia de los grupos focales dio cuenta de la necesidad del personal de salud de poner en palabras los malestares que experimentaban pero, también, de lo naturalizado de sus prácticas violentas. Se llevaron a cabo dos encuentros con los médicos residentes, que permitieron aclarar sus expectativas respecto al sentido de esta investigación, ya que expresaron que pensaban que la propuesta era de tipo terapéutica, como la que habían compartido en otras oportunidades con profesionales que les habían acompañado en

²⁸En las UPAS, fuimos construyendo alianzas con profesionales obstétricas que asistían a mujeres en situación de embarazo/ puerperio/ aborto. Las entrevistas se llevaron a cabo en instancias de control y/o consulta.

²⁹Las desgrabaciones de las entrevistas y grupos focales conforman un corpus documental de más de cuatrocientas páginas.

instancias de reflexión sobre su tarea. Si bien el tema del aborto surgió como un dato cotidiano de las guardias de los hospitales en las entrevistas a los profesionales, con las mujeres usuarias este fue un tema no enunciado, dado que está criminalizado y penalizado, tanto legal como socialmente. La mirada que los profesionales tuvieron del aborto muestra una posición culpabilizadora y estigmatizante de las mujeres que lo realizan. Esta mirada, no interpelada, imposibilita analizar una problemática que, en Argentina, implica que por cada nacimiento haya un aborto, con consecuencias muy graves para las mujeres más pobres.

En el segundo tramo de investigación, la tarea estuvo centrada en reconstruir las rutas críticas de las mujeres entrevistadas, en sus recorridos para acceder a la ligadura tubaria, su paso por la Maternidad del Hospital Regional -en proceso de parto- y la promesa/programación de ligarlas realizándoles una cirugía cesárea. Se entrevistó a 10 mujeres de distintos barrios de la ciudad Capital, en los centros de salud de atención primaria donde se atendían y/o en sus domicilios. Luego, hubo una instancia de invitación-permisos para filmarlas contando sus historias, explicándoles el motivo y los usos de ese documental.

Por último, se recuperan las instancias de articulación e intervención, desde la Dirección de Género provincial (en ese momento, a mi cargo), para garantizar el acceso de dos niñas a la interrupción legal de embarazos y la atención a cuatro mujeres que habían parido en el hospital y denunciaron violencia obstétrica e institucional. También se rescatan los planteos, afirmaciones y experiencias de los profesionales de la salud que surgieron en los diferentes espacios de capacitación/formación que se organizaron desde la Dirección de Género y el Grupo Géneros, Política y Derechos (INDES). Gracias a estas instancias de intervención, fue posible rearmar los micro-procedimientos del dispositivo dispuesto para impedir el acceso de las mujeres a sus derechos. A su vez, realizamos una descripción profunda de la institución hospitalaria como campo, analizando las relaciones de poder y subordinación que se establecen al interior de la misma, entre los profesionales médicos, otras profesiones y las usuarias.

CAPÍTULO II

“COMO UN PERRO”

UNA MIRILLA POR DONDE OBSERVAR LAS POLÍTICAS DE SEXUALIDAD EN SANTIAGO DEL ESTERO

El siguiente bosquejo, que cabría describir como “unos cuantos apuntes encaminados hacia una teoría del patriarcado”, se propone demostrar que el sexo es una categoría social impregnada de política.

Kate Millett (1975)

La primera reacción que tuve, cuando buscaba titular este capítulo, fue de autocensura: ¿No será muy provocador usar esta expresión dicha por una de las mujeres entrevistadas? Esa autocensura viene de la violencia moral instalada en nosotres, y hace difícil romper con el orden establecido, con lo naturalizado, con los pactos de silencio que le dan impunidad al patriarcado. Esta violencia juega como un ordenador constante de las ideas y de las prácticas, nos recuerda el orden jerárquico aprendido de las cosas, como que el saber científico es una verdad y supera al sentido común, que lo religioso es opuesto y superior a lo profano, que lo masculino es superior a lo femenino y que, en los espacios donde se imparte salud, el saber privilegiado es de les médiques. Esto dicho, se refuerza por la experiencia personal de la usuaria de no ser bienvenida en la institución, de sentirse descartada –objetualizada-, no tenida en cuenta más que en las ecuaciones biomédicas definidas para la atención.

En este esquema de jerarquías, los sentires de las mujeres a la hora de parir son de poca o casi nula valía, aunque las organizaciones internacionales de la salud y las leyes nacionales y provinciales hayan definido sus derechos. La cultura patriarcal -en articulación con el orden médico-, no sólo reprime, oprime, silencia, prohíbe, inhibe; también crea, produce, elabora, entrena, adoctrina, impone patrones, ideas, creencias, prácticas, símbolos diseñados para controlar (y habitar) los cuerpos (y las existencias) de las personas en general, y de las mujeres en particular (Águila, 2003). Así, cuando

una mujer ingresa en el circuito de atención hospitalaria, en su proceso de embarazo, parto y puerperio, las jerarquías empiezan a funcionar, operando con acciones, palabras, definiendo espacios, tiempos, formas de estar, de hacer y decir para las mujeres.

Las razones médicas que intentan explicar y justificar sus modos de decir y de hacer, son diversas y arbitrarias. Pero, si bien caben sanciones para muchas situaciones aquí relatadas, no son las conductas individuales las que quiero analizar, sino las respuestas producto de los dispositivos patriarcales de salud.

A lo largo de estos años de investigación, que superan una década, he conocido a muchas personas en el sistema de salud, que hacen un ejercicio de estar a disposición de les otros, porque creen en la salud pública como un servicio, y son quienes ponen su cuerpo, se exponen, resisten, se interpelan e interpelan al sistema del que son parte. Estas personas asumen un compromiso con las historias de quienes buscan asistencia, hacen el ejercicio sistemático de comprender, de descentrarse de sus esquemas de aprendizaje y de sus lugares de clase. Por esto, son más propensas a enfermar, o a ser excluidas de espacios de toma de decisiones.

El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir a quienes trabajan con personas y ha permitido explicar el estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia (Maslach y Jackson, citados por Gálvez, Moreno y Mingote, 2009:106). Por ello, los equipos de trabajo de la Maternidad del Hospital Regional requieren asistencia, permitirse revisar sus prácticas, de modo que sus malestares no se traduzcan en apatía o violencia. El hecho de que los y las participantes de los grupos focales que realizamos en el marco de la investigación, para indagar sobre sus prácticas y pareceres en relación a las mujeres y sus derechos a la hora de parir, pensaran que estábamos aplicando la metodología de Grupo Balint³⁰, nos dio la pauta de la necesidad que tenían de hablar, de dejarse interpelar, de poner en palabras sus vivencias y sus violencias. Habían trabajado con equipos externos usando esta metodología y lo valoraban positivamente. Hasta el año 2016, los equipos de la

³⁰El grupo Balint tiene como objetivo trabajar focalizando en casos y asistir a través de estos a los participantes a entender más profundamente relación la relación médico-paciente implicada allí. Para volver con otra perspectiva a su práctica diaria. Por sobre todo estos grupos tienen como objetivo ser espacios de reflexión de sus intervenciones y de los sentimientos que ellas generan.

Maternidad no volvieron a recibir ninguna asistencia externa que opere como estrategia de cuidado colectivo. (Cuaderno de campo, 2016).

Algunas de las razones que se explicitan en las entrevistas y grupos focales realizados con profesionales de enfermería, de obstetricia y de medicina, son las violencias que la estructura jerárquica y de estatus que el sistema de salud sostiene y reproduce; otras, están vinculadas a la precariedad de los contratos, lo que persiste hasta hoy; o a la pobre infraestructura y tecnología (dificultad superada en la actualidad). Algunas otras, desde un lugar desfavorecido del sistema de clasificación y estatus, tienen la experiencia personal y colectiva de las arbitrariedades y las subordinaciones, advierten la supremacía médica experimentadas y relatan cómo las combaten, en la tarea diaria en el hospital. Muy pocas personas llegan a reconocer los dispositivos patriarcales que sostienen y reproducen, desde donde violentan, lastiman, avergüenzan, atemorizan, enojan, y provocan la huida de las usuarias (con altas voluntarias) del sistema hospitalario.

Las violencias reflejadas en los relatos de las mujeres

Los dispositivos de intervención en la Maternidad son expresión de una política de sexualidad que cosifica a las mujeres y las convierte en cuerpos sin historia, sin saberes; cuerpos que deben obedecer y callar, aguantar. La concepción presente entre el personal de salud, de que las mujeres deben tener paciencia para que ellos y ellas puedan actuar, intervenir sobre sus cuerpos, llega a un extremo por el cual, si las mujeres se quejan, se les puede gritar, regañar, ubicándolas en una subordinación que las deja sin palabras, a merced de quien tiene el poder en esa relación. Las mujeres entrevistadas refieren constantemente a este lugar de inferioridad y sometimiento, en las relaciones construidas con el personal de la Maternidad del hospital, relaciones teñidas de violencia, tratos crueles y degradantes, que las estigmatizan; éstas son sólo algunas de sus expresiones:

Mal peinada; sentía que nadie se ha ocupado de mí; si no hubiese sido por el doctor que era mi patrón, mi hijo se moría; hecha pedazos; gritada; me han hecho sufrir; retada³¹ malamente; me las tragaba; me han tratado para la mierda; maricona; re mal; como los perros; hurgada; dedeada: gorda; muerta; me han dejado ahí; mal de

³¹ En Santiago del Estero se utiliza el término *retar* para hacer referencia a los regaños o reproches.

la cabeza; me daba miedo; me sentía mal; castigada; culpabilizada; toda morada; me han abierto entera; parada como dos, tres horas; cállate, me has cansado; ella me gritaba y la otra se reía; me ha hecho tenerle miedo; ni a los perros de la calle se los trata así; se me lo ha muerto mi bebe y él (su pareja) se ha enterao en el horario de visitas recién; desgarrado el útero; tres mujeres en la misma cama; me decía que había tenido relaciones sexuales (llegó con hemorragia porque le habían dejado restos de placenta); yo le preguntaba qué es placenta previa y no me contestaba; te hacen tacto las veces que ellas quieren; la he visto a la chica esa que estaba teniendo (feto de 5 meses de gestación) y la Dra. lo ha *agarrao* y la ha tirado, así como un perro al feto a la chata y lo ha dejado ahí y se ha retirado porque estaba hablando por celular; es como si fuera que no te prestan atención, es como si fuera que hacen oídos sordos; muy mala atención; han muerto bebés porque le han hecho pasar la hora; ellos pasan como si nada, no les dan buena atención; Ay dios, me han hecho de todo. (Mujeres usuarias del Servicio de Maternidad -entrevistas individuales y grupos focales-, 2006-2016)

El hospital, ámbito de encuentro con las mujeres, es un espacio social marcado por la discriminación y la violencia naturalizadas, protocolizadas. Las mujeres, desde hábitos configurados en condiciones concretas y por las experiencias vividas en sus propios cuerpos o compartidas con otras mujeres, han ido moldeando una mirada acerca del Hospital; han ido construyendo estrategias para vincularse con el modelo médico, aun cuando las mismas no les hayan habilitado procesos de autonomía o de construcción de derechos. Hay una interiorización, por parte de las mujeres, de sus parejas, y de su entorno, de que el conocimiento autorizado es el saber médico. De hecho, las violencias experimentadas aparecían en sus relatos sólo cuando pedíamos más detalles. En la mayoría de las entrevistas (individuales o grupales), la narración se iniciaba con la frase “A mí me fue bien”. Pero luego, en el desarrollo de sus historias, se hacían visibles las diferentes expresiones de la violencia física, verbal, simbólica, obstétrica, reproductiva. Pero también torturas, en tanto lo que describen son tratos crueles, degradantes y violatorios de su dignidad. Está muy presente la idea de que lo que importaba no eran ellas, cuando dicen: “Lo único que quería es que mi hijo nazca bien”. Eso disculpaba todo. La violencia, cuanto más se oculta, más grave se hace:

Eh, en realidad no he tenido yo experiencias, este, muy visibles entre sí, la única vez que he recibido yo, eh, no sé si se llama maltrato o falta de respeto, para mí sería, era cuando en el parto anterior, de la chiquita que tiene 4 años, este... El medico ha entrado a la sala, eh, casi sin, sin hablar, sin nada, este... Se ha dispuesto a atender el parto, acompañado como de 6 o 7 estudiantes de Obstetricia, mujeres y varones jovencitos, este... A mí me causaba, así, mucha vergüenza, estar así, y bueno, y momentos si te ayudaban los chicos, pero la mayoría estaban con sus cuadernos al frente de la madre, de mí, y eso me había dejado así, medio, medio como que han ha batallado mi intimidad, y ahora cuando estaba embarazada, del último chiquito, este... Tenía como temor de volver a pasar por esa

experiencia, entonces yo le había preguntado al médico, me ha atendido el Doctor Casco durante todo, este... El embarazo, si eso era legal, si yo, este... Si era obligatorio, este... O sea, si yo, no podía decirle que no al médico, y me había dicho él que no, que no era así, ellos me tenían que haber pedido a mí permiso, porque como no estoy inconsciente yo, incluso el médico ese día, este... Hace la prueba a todos los estudiantes, porque decía que no había momento más propicio para estudiar el cuerpo humano, que, eh... Ese momento del parto, entonces, él ahí, este... Yo estaba en ese momento, pero no podía darle una patada al tipo porque yo estaba que había tenido un parto fuerte, muy doloroso, muy trabajado, sería, estaba muy cansada, muy agotada y muy dolorida, uno está muy amortiguada de las piernas para abajo y él, este... le enseñaba a los estudiantes donde estaba el útero, donde metía los dedos, volvía a meter, y volvía a meter, varias veces, y levantaba el útero, o sea que le hacía que toquen a ellos, este, eh, y yo no podía, ni... No sé, no tenía aliento, po' estaba, claro, recién había terminado el parto (...). (Entrevista a Mirita, 2007)

*Las políticas del cuerpo en la provincia
de Santiago del Estero. Tensiones*

Desde principios del siglo XX, y durante un largo período, el cuerpo de las mujeres en Argentina fue la variable de las políticas de población. Entre los '70 y los '80, la política era pro-natalista, anti-abortista y a favor de la planificación familiar. Desde mediados de los '90, comienza a delinearse, con grandes obstáculos, un reconocimiento progresivo de los derechos sexuales y reproductivos, en términos normativos. Santiago del Estero se adhiere, en el año 2005, a la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (N° 25.673/2003), pero no se conoce una fecha precisa de la conformación del Sub Programa en la provincia³².

Así, las políticas de sexualidad, en Santiago del Estero, toman forma en el marco de los debates y tensiones nacionales (vigentes aún hoy) entre:

El reconocimiento a los derechos individuales de las mujeres y las concepciones más esencialistas acerca de las mismas (que conciben a la maternidad como un hecho natural y no cultural);

Las expresiones diversas de la sexualidad, censuradas por el mandato de la heteronormatividad;

La posibilidad de la construcción de un Estado laico, enfrentando al poder de la Iglesia Católica;

Las necesidades y demandas de las mujeres y las reinterpretaciones que sufren en las respuestas estatales y en las instituciones fragmentadas;

³²Informe del Consorcio Nacional de derechos reproductivos y sexuales-CONDERS 2009.

La mirada integral de los derechos sexuales y reproductivos desde el paradigma de derechos y la perspectiva de géneros, contrapuestas a la moral única y las concepciones tradicionales.

Efectivamente, las normas promulgadas no se hacen práctica cada vez que las concepciones pro-natalistas de los efectores y efectoras de salud, del personal judicial, educativo, representantes de la Iglesia, y de los medios de comunicación, consagran la maternidad y condenan y estigmatizan a quienes no la viven como destino. Ello se traduce en la falta de apoyo a las mujeres que son madres y que no cuentan con las condiciones mínimas para ejercer la maternidad dignamente, criminalizándolas.

Finalmente, hay que considerar los obstáculos del sistema de salud para la efectivización del derecho a la interrupción de un embarazo (en casos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación), con severas consecuencias para la vida de niñas y mujeres. Todavía sucede que, cada vez que una niña, una joven o una mujer adulta requiere atención vinculada a su capacidad reproductiva, sea que afronta un aborto en curso (aún sin saber si fue natural o provocado), solicita el acceso a la ligadura tubaria, o a la interrupción de un embarazo por violación, el kit de emergencia por violación, o simplemente un trato respetuoso, se genera una primera reacción de cuidado, de temor, de sospecha, o de justificación médica, por la cual todo debe ser interpuesto por la mirada del sistema de salud. Operan como jueces, maestros, sacerdotes y monjas, cuando su responsabilidad es asegurar el acceso a los derechos y/o el resguardo de la vida de esas mujeres. Algunas veces, ha sido necesario interponer la intervención de otra institución para la atención de las mujeres. Lamentablemente, los esfuerzos siempre son personales. La referente actual del Sub Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene la decisión de poner al alcance de las mujeres la posibilidad del acceso a sus derechos sexuales y reproductivos. Pero ello tiene que ir acompañado de un cambio de paradigma en el sistema de salud de manera integral. El Programa no tiene presupuesto propio y es unipersonal. La referente trabaja con y en articulación con los diferentes programas de salud, con diferentes organismos del Estado y también con organizaciones sociales que al no encontrar respuestas, buscan su alianza para resolver las demandas de las mujeres. Pero son muchas las veces que las mujeres, con sus hijas adolescentes, o mujeres adultas, se ven llevadas a deambular por las instituciones para lograr acceder, por ejemplo, al kit de emergencia en caso de violación. Se juega todo el tiempo, lo que Leonor Calvera (1990) ha llamado “umbrales

de tolerancia del patriarcado”, que son invisibles pero que marcan los límites a las políticas y las normas. Asimismo, como análisis del contexto, el nuevo gobierno nacional está desmantelando las instituciones vinculadas a atender los derechos sexuales y reproductivos, acotando sus presupuestos o vaciándolas de contenido y recursos, dando cuenta de un recrudescimiento y endurecimiento de las posiciones más conservadoras de la sociedad, con un Estado fuertemente alineado con la Iglesia Católica, que está afectando especialmente a las mujeres de sectores populares que se atienden en hospitales públicos.

El hospital como espacio de formación.

Lo que se enseña

El Hospital Ramón Carrillo de la ciudad de Santiago del Estero, es un hospital de referencia y espacio de formación (aunque no esté homologado como hospital escuela), para estudiantes y residentes de diferentes profesiones vinculadas a la Medicina. Su Servicio de Maternidad recibe a mujeres de toda la provincia. Si bien, en estos últimos 12 años (2005-2017), se han construido en la provincia hospitales nuevos y se ha mejorado la infraestructura de otros tantos, los mismos no alcanzan las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales para la atención del parto (C.O.N.E., definidas por la Organización Mundial de la Salud, en el año 1986).

Cecilia Canevari (2007) describe al sistema de salud santiagueño, el cual fue diseñado en la década del '70, estructurándose en 12 zonas sanitarias, con un hospital zonal de referencia para cada una de ellas, y varios hospitales distritales de menor complejidad. En algunas zonas, señala la autora, hay hospitales de tránsito -que brindan atención de mínima complejidad hasta concretar la derivación- y postas sanitarias (Ibíd.). Este sistema de salud se ha mantenido a través de los casi 50 años de gobierno ininterrumpido de la provincia por parte de Carlos A. Juárez, y del desmantelamiento del Estado durante la década menemista, dejando como saldo una situación de precariedad y de desigualdad para el acceso a la salud para la población, particularmente para las mujeres. Entonces, el Hospital Regional se mantiene como el centro de mayor derivación de la provincia. Cualquier situación percibida como riesgosa define el traslado de pacientes al mismo, sobrecargando la tarea de la institución.

En el Servicio de Maternidad del Hospital Regional se asistían, hasta el año 2015, un estimado anual de 6500 mujeres durante el proceso de parto. El Servicio contaba, durante el primer tramo de la investigación, con cuatro salas, a saber: Maternidad, Puérperas, Neonatología y Sala de Partos. En septiembre del año 2015, se inauguró una nueva ala de Maternidad y de Neonatología, ampliando los espacios y mejorando la infraestructura (se cuenta con 12 camas en salas de pre-parto, 4 salas de parto, 2 quirófanos, consultorios médicos y otros servicios). Se mejoraron, además, las condiciones de permanencia con las salas de espera y de administración. El área primaria de la Maternidad se ha organizado para concentrar allí a toda la internación.

En el año 2016, se asistieron en la institución 6870 partos, 370 más que en el año 2015. En cuanto a la Neonatología, esta cuenta con tecnología de alta complejidad, con capacidad para 60 bebés, 8 camas de cuidados de bajo riesgo, 24 camas de cuidados medios, 14 camas de cuidados altos y 5 camas en la sala de cuidados aislados. Además, cuenta con 8 unidades de internación conjunta, sala de estar conjunta, lactario y otros servicios.

El Hospital tiene convenios firmados con diversas instituciones educativas, lo cual lo constituye en un espacio de formación técnica y profesional de diferentes ramas de las ciencias de la salud. Estudiantes de las Licenciaturas en Enfermería, Obstetricia y Educación para la Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (donde se incorpora ahora la Carrera de Medicina); de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, quienes estudian para Auxiliar de Enfermería, Instrumentador/a, Técnico/a de Laboratorio, Tecnicatura en Hemoterapia, Tecnicatura en Radiología en el Instituto privado San Martín de Porres y/o en la Cruz Roja, reciben capacitación en la institución hospitalaria. También se gestó un acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, para las residencias médicas en las especialidades de Obstetricia, Anestesiología y Neonatología.

En el Servicio de Maternidad confluyen profesionales de distintas especialidades. Hay un jefe Médico³³ y varios médicos/as de planta permanente y un equipo que hace Guardia cada día de la semana. Un médico jefe de guardia³⁴, médiqes residentes (de 1º, 2º y 3º año), dos obstétricas/os de planta y residentes obstétricas. Hay dos residencias

³³ Históricamente tanto este puesto como el de vice jefe han sido asumido por varones. En la actualidad, por primera vez hay una vice jefa que es mujer.

³⁴ Al igual que con los jefes Médicos, las jefaturas de guardia han sido siempre cubiertas por varones. Desde hace unos años esto se ha revertido, siendo en su mayoría mujeres las jefas de las guardias.

funcionando: una para la especialidad de Medicina Obstétrica y otra para Obstetras y Licenciadas en Obstetricia. En el Hospital también se realizan prácticas de identificadores e identificadoras, servicio de referencia en Argentina para la identificación del recién nacido/a, que tiene como basamento los derechos internacionales de los niños, y cuyo objetivo es garantizar la identidad mediante el vínculo familiar de madre e hijo. Siendo su fin preservar la identificación, registración e inscripción de los recién nacidos/as.

Esta diversidad de estudiantes, técnicas y profesionales en formación, hacen del hospital un espacio con muchos/as agentes observando, manipulando, haciendo tactos, palpando, auscultando, suturando, prescribiendo una medicación, atendiendo a las mujeres con abortos en curso, en instancia de trabajo de parto y en situaciones de complicación del embarazo, muchas veces, por primera vez. Las admisiones en la Maternidad y en la Guardia están a cargo de residentes³⁵, quienes firman las historias clínicas, atienden a las mujeres, median entre la paciente y su familia cuando hay situaciones de violencia, o les informan de situaciones complejas (como la muerte de un feto intrauterino). Los jefes médicos delegan toda la responsabilidad, lo que, un sinnúmero de veces, supera la posibilidad de maniobra de los residentes, en tanto recién están iniciándose en su inserción al campo, y no cuentan, todavía, con la validación simbólica necesaria para comunicar situaciones complejas a las mujeres que atienden y a sus familias.

Las prácticas necesarias para el aprendizaje se realizan con personas que asisten a los servicios públicos que son, en este caso, mujeres de los sectores populares, mujeres campesinas, mujeres indígenas. Desde los procesos de formación clásicos de las disciplinas médicas y paramédicas, aun se sigue trabajando con cuerpos sin vida, cadáveres, esqueletos; cuerpos anónimos, sin identidad, propiedad de las escuelas de formación. Las primeras experiencias de sus estudiantes son con cuerpos seccionados: una pierna, un tórax, un corazón, que les permite conocer y aprender a reconocer músculos, vasos, tejidos y estudiar su funcionamiento. Esta experiencia moldea las subjetividades, las vincula -sin una apropiada formación humanista-, con cuerpos fragmentados en nombre de la ciencia. Tal vez sea por ello que los cuerpos de las

³⁵ Hasta el 2015, este esquema se mantenía así. Luego la falta de médicos/as residentes ha obligado al Hospital a contratar a obstetras. Ellas son quienes asumen la tarea de admisión como de seguimiento de las mujeres en todo el trabajo de parto.

mujeres pobres son expuestas sin ningún pudor y pueden pasar a ser *objetos de manipulación*, de prácticas médicas, desprovéyéndolas de su condición de personas.

En Argentina, sólo las facultades de Medicina de las Universidades de Rosario (Santa Fe), La Matanza (Buenos Aires) y Mar del Plata (Buenos Aires) han planteado en sus currículos algún espacio de formación con perspectiva de género y de derechos humanos, proponiendo una epistemología diferente para pensar la formación. Tanto la Facultad de la Universidad de Rosario; como la de La Matanza, están sufriendo fuertes embates: la primera, con razón de la apertura de la primera Cátedra sobre Aborto, y la segunda, con despidos a más de 13 docentes y una clara persecución gremial. La incorporación de una episteme social y humanista genera temor y resistencias.

En Santiago del Estero, la Licenciatura en Enfermería y la Licenciatura en Obstetricia cuentan con espacios de formación en género y derechos humanos. Sin embargo, cuando sus estudiantes interactúan en el espacio social de la Maternidad, asumen un lugar de subalternidad respecto a los profesionales médicos, imposibilitando desarticular o poner en crisis el orden médico patriarcal.

En la práctica hospitalaria, está claro que los cuerpos son apropiados por el Estado y quienes lo representan, al igual que las historias clínicas y las decisiones que se toman sobre las prácticas. La invalidación de los saberes de las mujeres, la suspensión de sus autonomías, las esperas, el anonimato, la infantilización en el trato, el mal trato, la negación de la intimidad y la exhibición de los cuerpos, son expresiones sutiles de ese ejercicio del poder y de la vulneración sostenida de derechos. Los cuerpos vivos de las mujeres pobres *se usan como material* para el aprendizaje de los y las profesionales de la salud, se cosifican para ser manipulados, se convierten en cuerpos-objeto, en cuerpos-pizarra. Se normalizan las situaciones de exhibición de los cuerpos de las mujeres: están quienes enseñan, quienes aprenden, y quienes ponen el cuerpo para esta experiencia.

Entrevistadora: ¿Le hacían tacto?

Antonia: ¡Claro! Le metían la mano todo adentro y ella dice que tenía dolor, y venía uno y le tocaba (le hacía tacto) y venían otros, y dice que algunos decían que sí, que había una cosa ahí y otros decían que no...

E: ¿Cuántos, ha dicho ella, que le han hecho tacto?

A: No, ha dicho que eran varios, ella ha dicho que eran varios. Y después, cuando le encuentran eso, dice que le sacan y la ponen sobre de una mesita...

E: Después que nace el bebé...

A: Después que nace el bebé, y cuando sacan la placenta revisan para saber si estaba la otra como placenta y entonces una le encuentra eso. Entonces después de que le sacan, le ponen sobre una mesa y todos empezaban a sacarle fotos con el celular, y la dejaban a la paciente ahí, estaba muriéndose de dolor, tranquilos

estaban, ahí, sacando fotos: que “No”, que “Yo he encontrado ,yo he visto eso primero”. Y la señora, dice que no daba más de dolor. (Entrevista a Antonia, 2007)

Al configurarse como hospital escuela, todos los días, al pasar revista de la Sala, el jefe del servicio, en tanto profesor³⁶, visita cama por cama acompañado de un numeroso grupo de estudiantes y residentes (las mujeres usuarias refieren grupos de hasta 10 residentes), informando sobre los sucesos de *las pacientes*. Se habla en voz alta de sus problemas de salud, exponiéndolos frente al grupo y a las demás pacientes internadas. Recientemente, con la incorporación de la nueva ala de la Maternidad y el aumento de camas, hay mayor posibilidad de contar con privacidad (dos camas por habitación). Sin embargo, esto no modifica la experiencia de verse expuesta ante un sinnúmero de agentes de salud.

Estaba acostada con las piernas abiertas, y la médica me revisaba frente a los alumnos, y les explicaba y señalaba y tocaban. Me tenían ahí, mis partes íntimas eran su pizarrón. Sentía mucha vergüenza (...) (Testimonio de María Elena, atendida en el Servicio de Ginecología)

En la sala de parto pueden llegar a estar presentes muchas personas, reproduciendo un modelo en el que prioriza a quienes van a ensayar (como en un laboratorio), antes que a las mujeres y a su grupo familiar.

Entrevistadora: Entonces, ¿cuáles son esas 10 personas? ¿10 personas adentro de la sala de parto?

Obstétrica: La obstétrica de planta, una residente obstétrica de término superior y la de primer año que está en proceso de aprendizaje. La enfermera de Neonatología, el identificador, la enfermera de Sala de Parto, el médico de guardia. Según los casos, hay veces que estamos tres, o el médico residente también. (Grupo Focal con obstétricas, 2007)

Médico residente: “Lo que pasa es que también viene “¿Puedo pasar?”, “Sí”, (y entran) 4 (familiares), con bolso, mate, termo, pollo, la gallina, se sientan y supuestamente eso es un lugar supuestamente estéril, ¿entiendes?”.

Las *palpaciones* y *tocamientos* para el aprendizaje están justificados en un hospital-escuela. Siempre hay alguien que debe aprender.

(...)Pero, lamentablemente para ellas, es un Hospital Escuela, entonces tenemos que operar por primera vez, suturar por primera vez, y si lamentablemente no le ha quedado bien esta vez, capaz que otra vez será (...) (Médica Residente en un Grupo Focal, 2007)

³⁶ En la actualidad son casi todas jefas mujeres.

Se hace visible cómo se naturaliza el maltrato en el hospital, y cómo el saber científico justifica todo. Se construye un *modus operandi* para enseñar y para aprender, y esas prácticas producen una predisposición personal e institucional. Esto es definido por Bourdieu con el concepto de *hábitus*, el cual constituye un:

(...) sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes (...) (1972: 178).

Al institucionalizarse estas disposiciones, también estructuran las subjetividades y las prácticas de las mujeres que acuden al hospital buscando atención.

Entrevistadora: ¿Por qué decís vos que el problema es porque es un Hospital Escuela?

Residente: Problema es para ellas, para nosotros no. Si para ellas es violencia que cinco personas estén revisándolas, mirándolas o tocándolas, lamentablemente si ellas no tienen acceso a otro (hospital).

E: Ah, ¿no pueden elegir que no les hagan eso?

R: No (...) Es un Hospital Escuela (...) Nos tenemos que ir nosotros, ¿cómo aprendemos? (...) Lamentablemente es así...” (Grupo Focal con médicas residentes, 2007).

Bajo este sistema hospitalario de clasificación racista, clasista y sexista, se definen identidades sociales para nominar y juzgar a las mujeres. Las expresiones usadas durante los grupos focales de residentes, fueron:

Paridoras	Analfabetas
Grandes multíparas	Interrogadas
Primigestas	Faltas de colaboración
Aguantadoras	Sumisión
Derivadas	Discapacidad mental
Mujeres que no quieren a sus bebés	Mudas
Cómodas	Sucias
Culpable	Gritonas
Problemas socioculturales	Pateadoras
Desobedientes	Quejasas
Que no ayudan	Sumisa
No saben nada	Enojada con la sociedad
Coficiente mental	Vienen y cierran las piernas

Esta autoridad médica de disciplinar y evaluar a otras, es la expresión de cómo se ha construido esta jerarquización en la relación médico – paciente, que se traduce en violencia, racismo y discriminación.

Si, ahí en la guardia, sí. Porque lo primero que te hacen cuando te hacen la historia clínica, que te hacen pasar, que te preguntan cómo han sido tus embarazos, que cuántos embarazos has tenido, y los médicos que siempre te han atendido ahí, te decían “Sí, programala para que no tenga más hijos”. Lo primero que te decían era “¿Para qué tienes tantos hijos?!”. Te programaban para que te den el DIU y no te ponían el DIU, ni te ligaban. Pero cuando te ibas a parir, te decían si era el noveno, el décimo, ¡te criticaban! ¿Entiendes? O sea, no hacían nada para impedir, ni tampoco te ayudaban porque decían “¡Eh, tan paridora! ¡Esta ya ha parido! ¡Te daban con una navaja! (Silvia, usuaria entrevistada en Sala de Espera, 2011)

Una médica residente (con la anuencia y el asentimiento de sus pares) expresó que las dificultades de comunicación con las mujeres o sus familiares estaban sustentadas en problemas de *orden mental* o de la *ausencia de capitales culturales, educativos, de lenguaje*. Estas justificaciones y explicaciones desde el sistema médico, basadas en el racismo y el clasismo, ocultan a los y las verdaderos responsables de vulnerar los derechos de las usuarias, las desigualdades de género, e impiden un vínculo que habilite el acceso a un trato respetuoso.

Residente 1: Para mí es un problema sociocultural.

Residente 2: Hasta pensamos que es coeficiente mental porque es mucho, pasa mucho.

Entrevistadora: Hablemos de a uno, porque están diciendo cosas interesantes...

R 1: Para mí, es un problema sociocultural de la clase (de gente) que viene a este Hospital, convengamos que la mayoría es analfabeta.

R 2: Hay mucha diferencia en el interrogatorio, la comunicación de una paciente analfabeta de una que tiene un primario completo, el trato, la evolución del paciente, la analfabeta no colabora, no habla, es sumisa generalmente.

Residente 1: Pero hay mucho, hay pacientes que han completado la primaria pero que al mismo tiempo te dicen saben leer más o menos, escribir más o menos y también cuesta con esas pacientes, pero es mucho. Yo estaba en Tucumán, y sí hay gente que no ha tenido la oportunidad de estudiar, que su capacidad mental no le ha permitido llegar ni siquiera a aprender a leer, pero aquí, se ve en casi todas las pacientes. Yo no sé si es ese grado de sumisión que tienen (lo) que las hace que las miremos así... (Yo les digo) “Pujá, pujá, porque si no pujas, tú bebé se va a morir”. “Hacé la caca, porque tienes que hacer la caca, hacé fuerza aquí abajo, no en la boca”. (Grupo focal a médicas y médicos residentes, 2007)

El disciplinamiento como forma de atención

Entre la actuación sobre cadáveres de personas sin nombre y el trabajar con cuerpos vivos de mujeres con historias, hay una distancia abismal, que no se recorre

paulatinamente, ni es debidamente acompañada. Se arroja a los y las estudiantes a la práctica hospitalaria, sin mediación ni formación específica. Para poder realizar estas prácticas, se necesitan cuerpos de mujeres sumisas, cuya voz no cuenta, en tanto se encuentran subalternizadas. Fornes afirma que pocos territorios han dado lugar a debates y controversias como el del cuerpo de la mujer embarazada (2011: 135).

Las mujeres que ingresan al Servicio de Maternidad inmediatamente se deben transformar pues, si no lo hacen, son disciplinadas mediante diferentes formas de violencia. Se las deja sin posibilidad de opinar sobre las prácticas que se les realizan, sin derecho para decidir sobre sus propios cuerpos y/o sobre el nacimiento de su hijo o hija. Se intercambia la atención brindada por obediencia y sumisión. Sadler puntualiza los mecanismos de desautorización que experimentan las mujeres en este intercambio: homogeneización, culpabilización, patologización, contaminación fragmentación y naturalización (2004).

Entrevistadora: Y respecto de... Vos decías, cuando has tenido él bebé que has perdido, ¿No te han explicado mucho?

Zulema: No, no. Lo único que me ha dicho el doctor, que él bebe se me lo ha muerto y que me tenía que resignar, porque la criatura ya estaba muerto, que no me ponga mal, eso ha sido lo único que me ha dicho

E: Y durante, mientras, digamos, estabas internada, antes de que el bebé, digamos, te digan que estaba muerto, la información que te daban... ¿Vos la entendías? ¿Cómo la entendías a esa información? ¿Qué tipo de información? ¿Cómo era esa información que te daban?

Z: No, yo me daba cuenta cuando el sábado, cuando él bebe ya no se movía como el primero, yo le he dicho al médico, y él me ha dicho que no, que no, que estaba bien y el lunes de nuevo, me ha revisao, y que yo estoy bien, bah, me ha dicho que eran ideas más, me decía, que yo estaba mal de la cabeza, eso me decía él, y me hacía entender a mí. Yo le he dicho en varias ocasiones que yo estaba bien, que a mí la panza no me molestaba, que si yo también sé qué hace 15 años que he tenido, que ha pasao mucho tiempo, pero a mí no me molestaba, yo estaba bien, estaba consciente de que iba a tener otro bebé, y ese día se me lo ha muerto, lo único que él me ha dicho es "Hay, gorda, no sé qué ha pasao con tu bebé". Eso ha sido lo único que me ha dicho. (Entrevista a Zulema, usuaria, 2007)

Para recibir atención médica, las mujeres se ven obligadas a *callarse* y si se salen del modelo pautado, *incomodan*, *desacomodan*, *enojan*. Para aquellas que hacen caso queda la nominación de *buena paciente*: una profunda paradoja, sobre todo si se tiene en cuenta que parir moviliza a las mujeres, genera un sinnúmero de experiencias a nivel físico y subjetivo, y esto se conjuga con su historia y su contexto particular, al momento de parir. Cuando las contracciones se hacen más frecuentes, el dolor puede ser tan fuerte que no las deja pensar o escuchar con claridad. Se dificulta la concentración, por lo que

las mujeres reaccionan de diferentes maneras. Si ya han parido antes, una o más veces, las experiencias previas y su situación actual condicionan su forma de sentirse y comportarse.

El dolor de las contracciones se puede transformar en sufrimiento si no hay presente personal con capacitación para contener, acompañar, con respeto por los sentimientos y expresiones de la mujer. Es un momento de total exposición -en muchos sentidos-: está frente a alguien que la mayoría de las veces no es quien la atendió a lo largo del embarazo, con su cuerpo desnudo, reaccionando como puede frente a todo lo que está sintiendo, mientras circulan muchas personas a su alrededor. Se encuentra al arbitrio patriarcal de otros, presa de la hegemonía médica.

Entrevistadora: A mí me ha quedado la pregunta ¿Qué es ser buena paciente, que se porta bien? Ustedes lo dijeron... ¿Qué es portarse bien?

Residente: Por ejemplo, yo, antes que empieza el período crítico de trabajo de parto, donde ya no escuchan nada, generalmente cuando recién están empezando con contracciones dolorosas, yo les empiezo a adelantar que le va a doler mucho, pero te vas a desocupar rápido si vos haces lo que nosotros te decimos, y va a desaparecer el dolor, de tal y tal forma les explico cómo hacer eso, entonces las pacientes, las primigestas principalmente son las que, bueno, pujan y no se quejan y levantan las piernas, no patean, no contestan, no gritan³⁷. En realidad, si les tendría que poner un apodo, le pondría las aguantadoras (...)

E: ¿Por qué?

R: Porque se aguantan el dolor bien, depende de quién esté al lado.

(Grupo focal con residentes, 2007).

Los relatos de las mujeres en sus intentos por acceder a que se garanticen sus derechos, exponen las enormes dificultades que enfrentan en el Hospital. La negación de sus derechos y el maltrato que viven en el proceso, se expresan de diferentes formas: el enjuiciamiento médico de sus decisiones y saberes; las respuestas tutelares y el silencio ante sus pedidos; la dilación como respuesta institucional; la posibilidad de realización de la ligadura tubaria en función de la disponibilidad del quirófano (según las urgencias); la valoración de la edad de la mujer y del número de hijos e hijas previo, como condicionantes del acceso a la ligadura.

¡Sí! Les he dicho que estaba programada, por eso ellos me decían que me vuelva a la casa y esté acostada, y que vuelva al doctor, porque él atendía un día lunes, martes, y eso era un día domingo... El lunes, martes, iba a estar el doctor de guardia, y que vaya ahí, y él iba a decidir qué iba a hacer conmigo. ¡Entonces yo agarro y le digo que no! Que yo no iba a llegar hasta el martes porque ya estaba con dolores, y yo quería evitar el parto normal para tenerlo con cesárea... Y vuelvo

³⁷ Debe ser respetada en todos aquellos aspectos sociales, emocionales, psicológicos y culturales alrededor del parto. Recomendaciones para la conducción de trabajo de parto. OMS. 2015.

a mi casa y de ahí me vuelven a buscar en la ambulancia. Me voy, y en eso se hace un problemón, porque mi hermana, mi familia, que no querían que tenga más hijos... Y por eso te digo, empiezan a hacer problema, y decide la médica de guardia, que no me acuerdo el nombre, agarra, y me interna. “Bueno, yo la voy a dejar internada, mañana vean ustedes, consigan el médico que la va a operar o que la va a hacer tener familia, porque yo no me hago cargo, o sea, yo voy a indicar que le pongan un goteo para retener el embarazo, y mañana que vean”. En eso, va mi hermana y habla con una médica que estaba de guardia, conocida de ella, la doctora Claudia, diciendo que para el otro día... Y ella le dice “Sí, yo entro mañana a las ocho de guardia, y apenas entre en la guardia, yo voy a hacer la programación para que la operen y la ligen”. (Entrevista a Silvia, usuaria, 2011).

Acceso a la ligadura tubaria. Cesáreas innecesarias

En el Hospital Regional, como en otros hospitales cabecera de las principales ciudades de la provincia, las mujeres encuentran que solamente pueden acceder a la ligadura tubaria a través de una cesárea³⁸, en el momento del parto, con todos los riesgos e implicancias para su integridad psíquica y física.

Amira, de 26 años, solicita a su médica ligarse las trompas, una decisión asumida con su pareja. Se programa la cesárea para el viernes 30 de diciembre del 2016. Cuando llega al hospital, su médica no estaba, y el médico que la atiende le dice que no se la podrá hacer. Logra hablar con el director del hospital de Frías y le argumenta que no le pueden hacer una ligadura por su edad. Ante su insistencia y una red de insistencias que se organizó, se evalúa derivarla al Hospital Regional, pero no le aseguran que allí le hagan. El Jefe de Servicio de la Maternidad del Hospital Regional expresa que, al igual que en Frías, las ligaduras se hacen con cesáreas programadas. La referente del Programa de Salud Sexual y Procreación responsable de la provincia se comunica con el Director y logran acordar reprogramar la cesárea para el día lunes siguiente. Su embarazo estaba a término. Nos comunicamos con Amira el día lunes y nos avisa que ese mismo viernes inició su proceso de parto y se concretó la cesárea y ligadura, gracias a que su suegro, amigo del Director, asumiera la responsabilidad de ella y su decisión. Por otra parte, el director dijo no conocer que existiese una ley que habilitara a las mujeres a una operación para contracepción quirúrgica, tampoco la ley de parto humanizado, y pensaba que lo que solicitaba era solo un capricho. Amira quedó con dudas de si efectivamente le habían ligado las trompas, porque había recibido tantas mentiras, que ahora descreía de lo que le decían. (Historia de Amira y su pedido de asistencia, 2016)

Así la realización de cesáreas innecesarias, intervenciones quirúrgicas que, en estos casos, están vinculadas a una lógica racionalista-economicista y a un modelo intervencionista de las maternidades, no al reconocimiento de un derecho. Se programan

³⁸Desde fines del año 2016, el único hospital en donde se realizan operaciones laparoscópicas programadas para el acceso a la ligadura tubaria pos parto es en la Maternidad del nuevo Centro Integral de Salud de la ciudad de La Banda.

cesáreas para practicar ligaduras en el momento del parto, para evitar una nueva intervención que genere el uso de quirófano y de personal médico. El argumento utilizado por el personal es que hacen esto para evitar que la mujer no regrese y desista de la intervención.

El modelo médico infantiliza a las mujeres en el acto de atender su salud. La mayoría de edad, para las mujeres pobres, no llega nunca; son eternamente menores y, por lo tanto, invalidadas en su poder de decisión. El resultado de este accionar, son intervenciones que ponen en peligro la vida de las mujeres, en tanto no se mide o evalúa su efectividad o seguridad; no se respeta la integridad física y psicológica de las mujeres y, mucho menos, su deseo de no ser madres.

Mabel estaba dentro del quirófano mientras le realizaban una operación cesárea y había solicitado en varias oportunidades la ligadura. Como estaba consiente, con anestesia peridural, se lo recuerda al cirujano:

Mabel: Doctor, no se olvide que me tiene que ligar las trompas.

Médico: Y ¿cuántos hijos tienes?

Mabel: Ocho.

Médico: Ah, no! ¿Y si se te mueren los ocho hijos? ¡Me vas a querer matar!

Mabel: Por favor... Ya no doy más.

Médico: Y tu marido, ¿qué opina?

Finalmente el médico, envió a alguien a hablar con el marido, a pedirle autorización y así Mabel logró su cometido. (Experiencia de Mabel, 2011)

El tutelaje en las relaciones médicas-usuarias

La historia de las mujeres está marcada por una larga lista de expresiones de tutela. Durante siglos, se consideró que no eran capaces de ser sujetas jurídicas, que no podían disponer de sus bienes o elegir, mediante el voto, a sus representantes. Jurídicamente, siempre se encuentran subordinadas, sea a su padre, a su tutor, a la Iglesia o a su marido. La idea de que las mujeres no son capaces de velar por sus propios intereses y que requieren de alguna otra instancia que se encargue de su adecuada representación, sigue vigente en el imaginario social del personal de salud (Nugent, 2010). Nugent da cuenta de la situación de indefensión de las mujeres en cuanto al control sobre sus cuerpos, al decir que el tutelaje:

(...) no requiere de un especial mérito sino de una reconocida incapacidad. Esta figura tradicionalmente se aplicó a las mujeres —en especial las viudas—, los huérfanos, los menores de edad y las personas con alguna enfermedad mental o

severas limitaciones físicas. Se trataba de una figura jurídica propia de la esfera doméstica, pero que resultó singularmente apta para entender las relaciones de poder establecidas en el ámbito público. Por definición, la tutela elimina la pertinencia de una esfera propiamente privada pues el tutelado, al no poder disponer de sus intereses, ciertamente carece de esfera privada. (2010: 114)

En la Maternidad, el tutelaje se expresa a través de la idea de que las mujeres no están en condiciones de tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El hacerlas esperar; aislarlas; el disciplinamiento de sus comportamientos; el uso de lenguaje agresivo (“No grites”, “No llores”, “No te hagas la chiquita”, “Callate”); la posición de litotomía para el parto; las incisiones (episiotomía) como rutina; las condiciones para las prácticas posibles (acceder a la ligadura solamente a través de una cesárea); o la negación rotunda a ligarlas, son expresiones de este tutelaje. Andrea Paz es muy gráfica cuando dice:

Nos rasuran, nos hacen enemas, nos meten los dedos en la vagina para tectar una, dos, tres, siete veces; una, dos, tres o más personas. Nos acuestan, nos miran, nos dicen que tenemos que hacer, cómo ponernos, cómo respirar, cómo pujar, nos aprietan la panza, nos mutilan nuestros genitales por rutina. Nos ponen una vía, nos inmovilizan, nos inyectan oxitócina sintética, nos anestesian. Después de todo esto si a la beba no la “hicieron nacer”, nos cortan y nos sacan a nuestra cría, le cortan el cordón de manera prematura privándola, entre otras cosas, de un volumen adecuado de sangre y reservas de hierro, la separan de nosotras, le introducen una sonda por nariz, por boca, por ano, la limpian, la miden, la pesan, lejos de nosotras ¿Por qué no nos preguntan? ¿Por qué no nos brindan información para poder elegir? ¿Cuántas de estas prácticas están basadas en evidencia? ¿Cuántas investigaciones científicas hay que las desaconsejan y aún se siguen haciendo? (2016: s/n)

Esta tutela se refuerza, a su vez, por la distancia entre los capitales simbólicos, educativos y económicos que hay entre los y las profesionales y las usuarias. Por ser mujeres pobres, se parte del supuesto de que no tienen la capacidad de discernir.

“Y aun hoy, me ha quedado esa duda, ¿no me han querido ligar! Es como si fuera que ellos se cerraban a no ligarme”. (Marta, usuaria, 2011)

Porque decían que tenía muchos hijos, y de que ellos no aceptaban la ligadura porque yo quizá el día de mañana quiera tener más hijos, o porque te trae trastornos. “Teniendo muchos hijos vas a tener trastornos”, que “Vas a tener esto”, que “Pensalo bien”, de que “Una ligadura no es fácil”. Y así, dando vuelta y vuelta, andando en la asistente social, en la psicóloga, llega al punto de que yo la tengo a mi hija. (Silvia, usuaria, 2011)

Los Estados han tomado a su cargo la *salud* de los sectores populares, ejerciendo, al mismo tiempo, control, disciplinamiento y moralización de los mismos. En el caso de las mujeres, es en la modernidad cuando el control de sus ovarios y útero se convierte en una cuestión de Estado. La vigilancia, y la sanción para aquellas que rompen con el orden de la maternidad, o que son sospechadas de ello, se sustenta en la normativa vigente para Argentina³⁹ Pero esto está también instalado en la moral dominante y se despliega en las prácticas médicas, de modo que se invisibilizan las circunstancias por las cuales las mujeres deciden abortar. En cambio, Rosalind Petchesky (1986) habla de la “moralidad de la situación”, porque entiende que es necesario localizar la situación de embarazo en la circunstancia específica de vida de esa mujer.

En el marco de la visita a una mujer hospitalizada en la Maternidad del Hospital Regional, se toma contacto con una joven que estaba en la cama contigua. Estaba preocupada, porque vive en el campo con los suegros (al parecer lejos de Loreto). No tiene casa propia, su pareja es remisero, pero no trabaja mucho porque en Loreto ya no usan remis. Del fondo de pantalla del teléfono se ve una hermosa bebé, es su hija, que no llega a los dos años. Cuenta que les cuesta llegar a fin de mes y que no sabía cómo iba a mantener otro bebé. Fue a una enfermera que le puso la sonda, llegó a su casa y empezó con pérdidas, cada vez más abundantes, tenía 40° de fiebre, aguantó. Aguantó hasta que no daba más. Su hermana llamó a la ambulancia, que no venía, ella ya se desvanecía. Al llegar al hospital de Loreto la enfermera le decía “¿Qué te has hecho? ¿Quién te ha hecho?. Ella nunca dijo nada, se mareaba. Su hermana quebró y le dijo que se había hecho un aborto. La enfermera siguió insistiendo que dijera, dónde se lo había hecho y con quién (la tuvieron 30 minutos) ella ya no podía hablar, sus ojos estaban abiertos pero veía negro y blanco, sólo oía en un tono bajo lo que hablaban. En un momento, escucha “Ya viene la policía” y no recuerda más nada. La trasladaron a Santiago, llegó a las 4 am de urgencia, le hicieron un legrado. Los médicos del Regional dicen que si llegaba un minuto después, ella moría. Hace rato su pareja estaba en la sala, y le contó que le habían tomado declaración o denuncia (no tenía claro) pero que no llegó a la comisaría, porque su cuñada es policía e intervino. Luego de esta entrevista intentamos conocer el final de esta historia y nos dijeron que allí no había estado internada ninguna mujer con ese nombre. (Historia de Carina, 2016)

Los interrogatorios parecen ocupar más el lugar de *herramientas para obtener información para la sanción*, que para evaluar el estado de salud que presentan las mujeres. Así, quienes deberían ejercer como agentes de salud, se erigen como guardias del orden patriarcal sobre la vida de las mujeres, asumiendo un rol policial. Sin

³⁹ El aborto en Argentina, referido a la interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, es un delito descrito en el Título I, Capítulo I "Delitos contra la vida" del Código Penal argentino.

embargo, la Ley n° 26485, en su inciso “e”, dice expresamente que se considera trato deshumanizado al trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante, ejercido por el personal de salud, en el contexto de la atención del embarazo, parto y/o postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Entrevistadora: Contáme qué ha pasado cuando llegas al Regional.

María Marta: Bueno, me atiende una partera y me dice que yo tenía un aborto mal hecho, incompleto. Me ha empezado a tratar mal, “¡Sacate la ropa!” (me saca mi hermana la ropa) “¡Vos sabes muy bien lo que has hecho! ¡¿Qué te has hecho?! ¡Te has hecho un aborto!”. Yo le decía que me estaba doliendo la parte de adentro... “¡¿Qué te has puesto?! ¡Decime qué te has puesto!”. Decía que tenía 3 de dilatación.

E: ¿Quién te ha hecho tacto?

MM: La partera esa y otro médico que estaba ahí que no se quería hacer cargo... “Yo a ella no la ingreso”. Me ha tratado para la mierda... “¡Bueno!”. Se va el médico... “¡Bueno, quién la va a ingresar!”, decía “Llévala para la sala”. Bueno, me llevan a la sala, y seguía diciendo “¡Ella tiene que quedar sola porque nadie la ha mandado que se haga aborto!” La partera esa ha ido y le ha dicho a mi marido que yo me tenía que quedar sola porque me había hecho un aborto... incompleto estaba el aborto... ¡Me ha tratado para la mierda! “¡Ponete la bombacha y no me vayes a patear!” Y me pone ella la cara para que yo *la patie*, yo le saco el pie, ella parece que quería una excusa para que me trate peor, ¡algo quería ella conmigo! Si ella fuera otra no me pondría la cara para que yo *la patie*. Encima que me decía “Sabes muy bien lo que has hecho, no te pongas a llorar, no seas maricona” Yo lloraba del dolor que tenía. “¡Cállate! Ya me has cansado, las mujeres están ahí, tienen alta la presión, y vos estas aquí llorando!”. Me trataba para la mierda, yo lloraba... “¡Esta chica tiene que estar sola!”. Yo tenía dolor de parto. (Entrevista a María Marta, 2007)

Las mujeres que, por alguna circunstancia, inician un proceso de aborto espontáneo, tienen mucho temor de acudir al hospital porque saben que entran bajo sospecha y que corren el riesgo ser denunciadas o, al menos, maltratadas y avergonzadas, por intentar obtener asistencia y cuidados.

La joven tiene 16 años. Tenía un amigo/novio. Cursaba un embarazo de dos meses de gestación. Entre el 3 y el 11 de noviembre, que se efectivizó el legrado, Roxana tuvo que dar muchas vueltas por diferentes centros de salud y contactar diferentes profesionales e instituciones, hasta que la asistieron. Al realizarle una ecografía detectan que tenía un huevo muerto retenido y que debía legrarse. La UPA que la asiste, la deriva al Centro de Atención Integral de Salud de La Banda para su internación. Les solicitan análisis pre-quirúrgicos y un electro para practicar el legrado. Al no haber anestésista los fines de semana, no se concretó la maniobra. Así, se dirigen a la maternidad del Hospital Regional, porque era fin de semana largo. Le solicitan los estudios pertinentes para efectivizarlo. El día lunes 7 se dirigen nuevamente a la Maternidad, ya con los estudios, pero entonces les dicen que debe esperar que se inicie el trabajo de parto, que solo iba a bajar. Pasan dos

días más. Contactan una médica conocida de otra UPA para ver si podía lograr (con sus contactos) que la atendiesen en La Banda, pero fue imposible. Vuelven al Hospital Regional y las derivan al Servicio de Ginecología. Les dan una receta para comprar Oxaprost (medicamento usado para aborto farmacéutico), le explican a la tía que debía colocarle dos pastillas y que cuando comenzara el sangrado la llevasen a internar al Hospital. Allí, se genera una situación de mucho miedo de la familia, porque les dan la orden para la compra pero no las indicaciones para su aplicación. Cuando se les pregunta por qué tenían temor, la tía expresa “Yo no hago eso porque supuestamente colocar una pastilla a una niña, por más que tenga todos los análisis que tenía, para mí eso era hacer como un aborto, creo yo que no estoy capacitada para hacer esos trabajos, que lo hace un médico o una enfermera, yo no soy enfermera, soy una simple ama de casa, así que no tengo nada, no sé nada sobre esas cosas”. Otra de las tías confiesa “Tenemos miedo que al llegar al Hospital Regional nos culpen de qué le hicimos un aborto, porque ahí nomás te culpan de eso, usted ha visto”. Así, pasa un fin de semana más, hasta que, a través de la Dirección de Género, se logra la derivación al Centro de Salud Integral de La Banda y se hace el legrado. (Experiencia extraída de la entrevista a Luisa y Claudia, tías de una joven usuaria, 2016)

Los corolarios de estas políticas sobre los cuerpos, son la medicalización del parto, la oclusión para difundir el derecho a un parto respetado, la negación a la divulgación pública del derecho a interrupciones legales de embarazos no deseados en niñas y mujeres adultas, la ruta crítica cada vez que se necesita obtener asistencia médica si una mujer ha sido víctima de violencia sexual, los obstáculos para acceder a la ligadura tubaria (y la imposición de una cesárea para acceder a ella), la imposibilidad de elegir una posición diferente a la tradicional para parir, la prohibición del ingreso de familiares a la sala de partos, la criminalización de las mujeres que llegan con abortos en curso, las altas voluntarias de algunas mujeres, la vivencia de tratos racistas y discriminatorios, el imaginario, por parte de las mujeres, de que se suceden muertes de recién nacidos por falta de atención, las muertes de mujeres durante el parto o el posparto, en situaciones de aborto (inducidos o espontáneos). Que entre enero y noviembre del 2016 han contabilizado 21 muertes maternas evitables, algunas por aborto sépticos, otros por causas indirectas. Políticas que niegan derechos donde deberían habilitarlos, impidiendo la construcción de autonomía para las mujeres. Así las mujeres en Santiago del Estero, cuando se salen de la norma, terminan con sus maternidades, confiscadas, obligadas o cuestionadas.

CAPITULO III

¿DÓNDE VAN A PARAR LAS HISTORIAS SOCIALES DE LAS MUJERES CUANDO INGRESAN A LA MATERNIDAD?

(...) porque hay médicos muy humildes y cuando vos notas en la humildad de un médico porque te habla, te cuenta, este... te explica, te tiene paciencia, se pone en tu lugar (...) Entenderte a vos, comprenderte lo que vos estás... Capaz que vos, vos no sabes cómo vienes de tu casa, vos no sabes, si vos tienes problemas, entonces vos no le agraves el problema al paciente porque peor se va a poner, si yo no sabía yo, si ella, yo de que situación vengo, entonces encima que me atienda mal (...)

Mirita

En las instancias de entrevista y grupos focales, como en las intervenciones con mujeres que solicitaban el acceso a un derecho o denunciaban derechos vulnerados en su paso por la Maternidad, lo que solía estar presente era que no eran escuchadas, que no se las atendía, que se las hacía esperar demasiado, que las hacían deambular por distintas áreas o servicios, que recibían destrato y que nadie les daba una respuesta, o que las respuestas llegaban luego de un largo peregrinar. Sus explicaciones, lo que sus cuerpos les estaban manifestando, sus problemas para trasladarse todas las veces que se les solicitaba, sus situaciones personales, la situación de sus hijos a la hora de ir a parir, sus miedos, sus dudas respecto al parto, el ingreso a la Maternidad a último momento, no entraban en la ecuación del sistema médico. En cada historia relatada está claro que, en los procesos de atención a las mujeres a la hora de parir, se juegan no sólo formas de hacer sino paradigmas que las sostienen.

Más allá de las técnicas y los protocolos de intervención, se configuran *las razones* que los fundamentan. La primera de ellas, que sostiene a las demás, es que los cuerpos de las mujeres le pertenecen a otros; son cuerpos ocupados, conquistados, controlados, manipulados, alquilados, usados, violentados. Esta desposesión de ser sujetas, se profundiza más si se es pobre, de algún lugar geográfico *desfavorecido*, si se pertenece a una etnia determinada o si no se pudo estudiar en los marcos formales del sistema educativo. Cuando menos recursos culturales, simbólicos o sociales (valorados en el esquema capitalista) se tengan, habrá mayores probabilidades de que esa asimetría juegue como arbitrariedad en relación a un indefinido conjunto de condiciones aleatorias, que pueden ir desde el estado de ánimo que tenga ese día quien la atiende, hasta sus creencias morales. Estas asimetrías habilitan las intervenciones sobre los cuerpos, autorizando al personal de salud a construir sus relaciones con las mujeres basándose en el sexismo, el clasismo y el racismo. Estas variables patriarcales hacen percibir las vidas y las identidades de las mujeres, como *sucias, pobres mujeres, analfabetas, idiotas, que no saben nada, irresponsables, sumisas, enojadas con la sociedad, que se ponen a tener chicos*.

Gayatri Spivak da cuenta del despojo al que son sometidas las mujeres, en tanto subalternas, sosteniendo que:

(...) el subalterno habla, lo que me preocupaba es que el subalterno no podía ser escuchado. En otras palabras, el acto del habla no tenía permitido completarse. La palabra permitido es importante. Y es que no había preparación por parte de la elite para poder oír, ni siquiera escuchar, pero oír. Esta posición sigue igual ya que existe una constante subalternización, especialmente en esta época de reestructuración económica, la subalternización es casi automática...pero ser subalterno no es una identidad, es una posición, por lo tanto las personas subalternizadas pueden dejar de serlo (...) (Spivak, 2017 s/n)

Historias invisibilizadas

A muchas de las mujeres les está vedado disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. En los relatos de las mujeres, están presente parte de las razones (de género, edad, etnia, situación geográfica y/o de clase) que las hacían doblemente o triplemente vulnerables a la hora de solicitar asistencia hospitalaria.

En la Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995) se explicita que:

La incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones son realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre su salud. La falta de alimento para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre la mujer y su familia y repercuten negativamente en su salud. La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación. (Naciones Unidas, 1995: 36)

Gozar de este derecho es imprescindible para la vida de las mujeres, para su bienestar y su capacidad de participar en todos los ámbitos de la vida pública y privada. Uno de las trabas para esto, sigue siendo la desigualdad entre varones y mujeres y entre mujeres de diferentes regiones geográficas, clases sociales, como para las mujeres de grupos indígenas y étnicos.

Cecilia: (Con) la operación no tiene que hacer fuerza, como yo tenía que ir al otro día, si, este... has visto, cuando yo te decía el otro día, nosotros somos, viene el albañil, nosotras llevamos la carretilla con arena y acarreamos... no somos como esas otras señoras que estamos, como estamos controlando de que nos cocinen, de que nos limpien, que no hacemos fuerza. (Entrevista a Cecilia, 2006)

Sandra: ¡No!...y bueno, ahora estamos separados y no me quiere pasar la alimentación, nada...yo me tengo que dar vuelta sola con la pensión. Te imaginas...aparte de ellos dos, son seis los míos que todavía van a la escuela. Es un gasto...todos los días...que la comida, que la escuela, los útiles... ¡no me alcanza! (Entrevista a Sandra, 2012)

Lo necesario para el ejercicio de la sexualidad

La capacidad para decidir de manera libre e informada sobre el ejercicio de la sexualidad y sus opciones reproductivas le ha sido imposibilitada a muchas de las mujeres entrevistadas. Existen tabúes vinculados a la sexualidad -con los que han crecido- y mandatos establecidos por la religión y la sociedad sobre las mujeres y sus roles, obstáculos que hacen que no sea suficiente que los métodos anticonceptivos estén

a disposición, sino que hace falta comprender los factores de índole cultural que hacen que las mujeres no los soliciten espontáneamente. Es decir, son necesarias algunas condiciones y un contexto de posibilidad para que las mujeres puedan ejercer sus derechos: condiciones materiales de infraestructura y servicios médicos con perspectiva de género y de derechos humanos; políticas de acceso a la educación, al trabajo, a la participación política, a la toma de decisiones; el respeto a la diversidad y el reconocimiento de las mujeres como agentes morales; condiciones personales de emancipación y conciencia de derechos; y vínculos cuidados, relaciones solidarias, redes de apoyo entre mujeres y con otras redes sociales, que contrapesen las desigualdades en el acceso a poderes y recursos (Correa y Petchesky, 1994).

Estos fragmentos de los relatos de mujeres entrevistadas durante los años 2011 y 2012 delimitan la realidad que viven y subrayan los condicionantes que impiden el acceso a sus derechos:

“Mis hijos hicieron una lotería”;

“No tenía como volver”;

“Yo tengo pensión de madre de 7 hijos”;

“Antes no tenía ni noción, o sea, no sabía cómo cuidarme”;

“Las mujeres se pasan de boca en boca la información”;

“Se me ha roto la placenta... yo ni sabía que me venía un líquido, era un líquido rosado” (perdió ese bebé);

“Mi mami no me ha hablado nunca de esos temas”;

“Sí me voy a dejar poner (un DIU), pero no quiero que esté ese doctor ahí... no es que me ha hecho algo”;

“No quiero que le pase a ella lo que me ha pasado a mí” (refiriéndose a su hija y al uso de anticonceptivos);

“El quinto año de la secundaria lo he hecho con mi hijo en brazo”;

“Extraño el embarazo” (madre de 9 niños y niñas);

“yo soy criada de madre”;

“Después que lo he tenido al último, recién he tenido mi experiencia” (refiriéndose a gozar de su sexualidad);

“¡¡Cero!! ¡¡No!! No he tenido planificación”;

“La otra ya ha ido creciendo, se hacía más grande e iba cuidando al otro más chico, y así”;

“¡Él me ha hecho mujer de la noche a la mañana... no sabía nada...yo 13, 14 años!”;

“He visto que enseñan todo de la sexualidad a los chicos en la escuela, en las UPAS dan anticonceptivos...antes eso no existía ¡ni para mí, ni para nadie!”;

“No, con mi hermana no, no sabe...yo he hablado del tema con una amiga mía que ha pasado la misma situación que yo”;

“Y después que él ha dicho que sí intervengan el embarazo...a los días nomás se ha vuelto a dar vuelta (en la decisión)”.

Silvia: Y no sé si era...Por eso te digo, no sé si ha pasado por la ignorancia...

Entrevistadora: ¿Vos sabías que había anticonceptivos, que no?

S: ¡Claro! Sabía... dos o tres veces me han hecho estudios para ponerme el DIU, por ejemplo...Y cuando ya estaba todo preparado para colocarme el DIU, ya me quedaba embarazada... No me ponía. O cuando lo iba a tener, me llamaban al mes y después ya no me iba. No me iba a los dos meses... y al tercer mes ya me quedaba embarazada, porque no te digo que se llevan un año. E inclusive he tenido embarazos de la chiquita que ha fallecido, tenía siete meses de embarazo... de gestación. No he tenido ni la cuarentena y ya me he quedado embarazada. Yo, en tres años...en dos años, he tenido tres hijos: uno que me ha fallecido y dos que están vivos. Porque yo tengo unos que se llevan once meses. O sea! En dos años he tenido tres partos. (Entrevista a Silvia, 2012)

Las estrategias de supervivencia de las familias

En situaciones de pobreza, las estrategias para la producción y reproducción de la vida familiar comprenden decisiones que ponen en riesgo a los niños y niñas de la familia: incorporarlos/as a trabajar junto a sus padres y/o madres, o fuera del ejido territorial, dar en préstamo o en intercambio de trabajo por educación, comida o vestimenta, todas estas, con consecuencias imprevisibles en cuanto al resguardo de su integridad física, psicológica y social. La división sexual y social del trabajo, el sistema de parentesco, son procesos centrales en la estructuración de esta desigualdad de género, que expone a las niñas y tiene implicancias en la definición y construcción de su autonomía, de su autoestima, del cuidado de sí, de la su sexualidad.

Mi infancia ha sido muy dura. Antes los padres nos prestaban a nosotras. Yo me fui a los 7 años. Un año estuve en San Pedro y después mis padres me mandaron a Rosario con unos tíos que dijeron que me iban a llevar a la casa de una gente conocida. Ellos si me iban a ver todos los fines de semana pero no me sacaban a mí nunca. Me cuesta mucho hablar de eso porque he sufrido mucho yo. Cuando iba mi hermano a visitarme y se quedaba tres días, yo me recomponía, pero cuando ya tocaba que se vaya, yo me tiraba al piso y me arrastraba y le decía que no me deje, que me lleve, que me iba a portar bien. ¡Y eso que la familia que me tenía era buena! Pero lo mismo, yo extrañaba muy mucho. No se lo deseo a nadie. (Entrevista a María, Noviembre 2016)

Sandra: Yo, cuando era chica eh... recuerdos, muy pocos, porque yo, de chica...tenía que cuidar a mis hermanos, y a los 8... 9 años, mi mami me dice

“Mirá, te he conseguido un trabajo donde te van a vestir, te van a dar de comer y te van a mandar a la escuela”. Y me ha llevado...

Entrevistadora: Y eso, ¿te ha puesto contenta a vos?

Sandra: ¡Nooooo! En el momento no, porque ¡me separaba de mis hermanos, de mi familia, de todos! (Entrevista a Sandra, 2012).

Cuando las mujeres asumen la jefatura del hogar y su maternidad, sea cual fuere la razón (violencia de la pareja con quienes tuvieron sus niños, abandono, porque no era una relación formal, o porque decidió tenerlo sola, entre otras), la necesidad de supervivencia diaria les demanda la construcción de redes con otras mujeres, vecinas, de la familia, e instituciones varias (como la escuela y el centro de salud más cercano). María del Carmen Feijoó (2003) realizó un seguimiento de comportamientos diferenciados entre familias monoparentales, encontrando que, en aquellas cuya jefa era mujer, se prioriza el fortalecimiento de redes y la inversión en capital humano. Claudia Fonseca habla de una monogamia seriada, modalidad que permite a las mujeres extender su red social y aumentar sus fuentes de ayuda (2000: 59) Sin embargo, estas tareas de producción y reproducción de la vida familiar les dificultan a las mujeres el encontrar tiempo y energía para el cuidado personal, sea a través de acciones individuales o de la participación social en instancias comunitarias.

A Sandra la entrevistamos en el año 2011 y luego en el 2012. Sucedieron algunos cambios en ese tiempo. Comenzó a trabajar como empleada doméstica en el centro de la ciudad. Toma un colectivo para su traslado: “Los patrones me pagan aparte los boletos”. Sus niños quedan a cargo de su hija María Luisa, de 28 años, que dejó su empleo (también de empleada doméstica) porque estaba en la última etapa de su embarazo. Cuando tuvo su bebé, se hizo cargo de sus dos hijos y de los dos hijos menores de Sandra. María Luisa vive a una cuadra de la casa de su mamá, así que el traslado de los niños en horas *pico* no es una dificultad. La ex pareja de Sandra sigue asistiéndoles económicamente “¡Ah! Me manda lo que él quiere...yo los mando a los chicos, todos los días, que le pidan para la comida!”. Él también vive cerca del domicilio y, aunque la violencia económica y la hostilidad en la relación están presentes, Sandra ha logrado impedir que él invada el espacio de ella y de sus hijos. Sandra realizó importantes avances en su casa con el dinero de su trabajo. Pudo cambiar el techo de chapa que tenía cuando la entrevistamos en el año 2011 por uno de loza. Hoy el techo tiene goteras: “Llueve y ya me he cansado de llamarlo al albañil para que arregle eso...y como yo no estoy casi todo el día (sale a las 8:30 am y vuelve a las 16:00 hs.) no sé si viene o no...cuando me lo arregle nos trasladaremos para ahí”. (Historia de Sandra 2011-2012)

La iniciación sexual

Algunas mujeres entrevistadas relatan sus procesos de iniciación sexual como experiencias traumáticas vinculadas al abuso, la violación o al derecho de pernada

(violencia sexual, practicada por un patrón o una autoridad como un derecho consuetudinario, justificada en un intercambio en el que hay abuso, maltrato y violaciones a cambio de estudios, manutención o trabajo). La ignorancia forzada de las mujeres sobre su propio cuerpo favorece el silencio alrededor de la violación sexual de las niñas. Una niña o una adolescente que es víctima de abuso sexual, generalmente no puede hablar sobre la violación con su madre o con otras mujeres adultas, porque se la lleva a sentir que es ella la culpable de tal hecho. Como hablar sobre asuntos sexuales u obtener información sobre el cuerpo femenino es considerado un tabú, es difícil que una niña pueda comprender del todo lo que ha vivido y las consecuencias de esa experiencia, aunque intuitivamente entienda que ha sido violada. Si logra procesar lo vivido, se arriesga a no ser creída o entendida por sus mayores (Tambiah, 1995:47).

Cuando la violencia sexual se produce contra mujeres adultas, contarla también es complejo. Ya que muchas veces la misma tiene ocasión en el marco de su relación de pareja. Los prejuicios que existen alrededor de estos hechos, hacen que se oculte o calle la agresión. Las respuestas institucionales, desde las áreas de la salud, policiales, de organismos de la justicia o de sus redes sociales más cercanas, las ponen en duda o las someten a la burocratización de la atención, revictimizándolas. Luego, en la Maternidad, cuando a la hora de parir, las mujeres se niegan a pujar o a abrir las piernas, lo que escuchamos como explicación del personal de atención es “Parece que no entienden, que están resentidas con la sociedad”. Hay una percepción de que algo les pasa, pero la interpretación es prejuiciosa y no genera un buen trato. Evidentemente, el personal de salud no posee los capitales culturales necesarios para una comprensión respetuosa de estas situaciones.

Entrevistadora: ¿Cómo lo conoce tu mami a él?

Sandra: Y bueno, él ha venido a hacer el barrio, como encargado, el barrio Autonomía.

E: Él era el encargado... Pero ¿cómo se acerca a ustedes?

S: Y bueno, él viene y hace un comedor grandísimo para los mismos obreros. A los obreros, él les daba de comer a los obreros. Tenía un comedor para darles de comer. Mucha gente.

E: ¿Cerca de donde vivían ustedes?

S: Sí, sí, a una cuadra. Muy mucha gente daba de comer él, más de 200 obreros de la empresa.

E: Pero era un vínculo así... ¿de vecinos?

S: No... ni lo conocía, y un día mi mami me dice “¡Vamos!”. Y bueno, me he ido quedando, me he ido quedando. Con decirle que mi hermana también vivía con nosotros, mi hermana, yo y él y nunca he visto nada con mi hermana. Con lo que... ¡con lo que hacía conmigo! Y a ella la quería como hija, le compraba de todo, ella

le pedía una muñeca, así... Me acuerdo que cantaba y bailaba porque le ponía un disco y... le compraba, era como una hija para él. Y a mí me ha tomado como mujer, como esposa, como mujer... como pareja, ¡no sé! Pero... con decirle que yo no sabía que estaba embarazada, viene mi tía y me dice “Ay Sandra, vos estás embarazada”. “¡¿Queeé?!”, le digo yo. “No, no”, le decía yo. No quería saber nada.

E: Él te tocaba, iba a la cama con vos...

S: Claro! Era que yo tenía que ir a dormir con él...era lo que él decía. Y yo tenía que ir a dormir. En ese momento yo decía “Cómo puede ser, si yo veo que en otras chicas no es lo mismo. No tenían ni novio algunas, porque me decían “Ay Sandra, cómo vas a vivir con esa persona”

E: Vos tenías... ¿qué edad?

S: ¡Y yo tenía 13! Y a los 14, ha nacido la Anita.

E: Cuando ibas a dormir con él, ahí eras como una *mujer* para él...

S: Sí...sí... Y yo, por ejemplo, ahora veo los casos que son de violación, de juicios esos que dan por la tele, de los tribunales y...

E: Te acuerdas...

S: Me acuerdo, sí. ¡Pero no deberían darles 7 años! 10 años, directamente, no sé... Más a los padres que tienen su propia hija, ¡matarlos! Porque ¡para qué! Mañana y pasado salen y vuelven a hacer lo mismo. Hay casos que han salido y vuelven a hacer lo mismo. Algunos dicen “¡Ay no! ¡Soy inocente!” y esto... “No he hecho nada”. Por algo... la chica ha declarado que sí, que algo le ha hecho... ¡no es porque no le ha hecho nada! Claro, ellos son inocentes.

E: Y él a vos no te ha dicho nada...

S: Nada...

E: No han hablado previamente de nada...

S: No, no, no... Él no me ha explicado nada. Él directamente se ha ido a hacer directamente lo que él quería. Como que él era dueño de mi...de mi persona... ¡de todo! (Entrevista a Sandra, 2012)

La violencia familiar y doméstica

La violencia doméstica contra las mujeres, otra expresión de la dominación sobre las mismas, las expone a experiencias donde es difícil elegir para sí y para sus hijos. Una de sus consecuencias, es la transmisión de la violencia de una generación a la siguiente, reproduciendo el ciclo. La exposición de los niños a la violencia entre sus padres, les da señales de que este tipo de comportamiento es natural, aprendiendo a aceptar la agresión en las relaciones sentimentales, ya sea entre padres o contra los hijos, y aprendiendo el comportamiento de sus padres, lo cual incrementa la probabilidad de reproducir este tipo de maltrato al llegar a la juventud o a la adultez, en las relaciones con sus parejas, sea produciéndolo o aceptándolo.

Gladis: Mmm... Mi primera experiencia ha sido a los trece años. Y ha sido no muy... No muy buena, para mí, porque ha sido más por una travesura que otra cosa, y bueno, después por querer *escapar* de casa a los 16 años me he casado.

Entrevistadora: ¿Por querer escapar?

G: ¡Por querer escapar! Había mucho alcohol, mucha violencia. Y me ha ido muy mal, me he casado con un tipo violento, vivía *morada*...

E: ¿Vos venías de un hogar así?

G: ¡Yo venía de un hogar así! Y me he ido con un chico que también ha terminado siendo así. Y a los 10 meses me he separado. No he tenido hijos, no he tenido nada, he sido frustra... Mi vida sentimental no ha sido muy buena. (Entrevista a Gladis, 2012)

Experiencias de ciudadanía

Mónica Tarducci (2008) dice que la maternidad es vivida como algo *natural* solo por las mujeres que comparten los patrones dominantes acerca de lo que debe ser una madre. Cuando no se cumplen con las reglas de clase, de edad, de sexualidad, entre otras, se pone en evidencia que la cuestión es socio-histórica y, por lo tanto, contingente.

La educación de las mujeres, bajo el mandato de ser para los otros (Lagarde, 2003), las lleva a postergar sus necesidades, demandas y derechos, considerando siempre como más importante, el bienestar de otras personas. Si bien los procesos de construcción de autonomía son disímiles, de acuerdo a las experiencias personales y de clase, este mandato trasciende las diferentes posiciones socio-económicas.

Sí me ha pasado... No me han informado... Ha habido falta de información, sin saber, o sea... Obviamente, mis embarazos han sido prácticamente... O sea, mi primer embarazo ha sido bien, o sea, a los veintiún años uno puede ser una *madre responsable*, porque creo que es madura. Pero si yo hubiera sabido, no lo habría tenido a esa edad, porque a mí me ha cortado los estudios. Yo me he recibido de la secundaria con mi hijo en brazos, o sea, yo el embarazo lo he hecho junto con el quinto año de la secundaria... El quinto año de la secundaria lo he hecho con mi hijo en brazo. ¿Me entiendes? Y quizá si yo hubiera tenido la oportunidad de que alguien me inculque para que yo no me quede embarazada, o sea, cómo cuidarme, cómo prevenir, ¡cómo hacer! No me hubiera quedado embarazada. ¿Entiendes? Porque, porque yo hubiera querido seguir, y he tenido que dejar de estudiar, aun teniendo a mi hijo, porque no me daba tiempo. (Entrevista a Silvia, 2012)

Un momento clave es la adolescencia, en donde surge la necesidad de apartarse de los vínculos parentales directos para identificarse con sus grupos de pares. Mónica Gogna explica que:

Las identidades se producen en el marco de relaciones sociales y están cargadas de significaciones socioculturales: el género, las categorías de edad, la nacionalidad y la etnicidad, etc., se construyen, asumen o imponen en el marco de relaciones de poder, definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de 'ser' y 'actuar' fijadas en estereotipos internalizados que contribuyen a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales. A estos procesos de fijación de identidades y

posiciones sociales contribuyen diversas instituciones: la escuela, el sistema penal, los sistemas médico-curativos –sean tradicionales o biomédicos–, etc. (2005: 39)

Las mujeres no necesariamente resuelven su potencial autonomía en la adolescencia porque, en ocasiones, el mandato de maternidad impreso por el patriarcado opera con tal fuerza, que pasan de la dependencia parental a la dependencia de una pareja/hijos/as, respondiendo al ideal social de constituir una familia. A la hora de decidir llevar adelante un embarazo y ser madre, también entran en juego los preceptos aprendidos acerca del amor romántico.

Para las mujeres más desposeídas de bienes materiales y simbólicos de inclusión en esta sociedad capitalista, tener un hijo también puede implicar constituir una identidad, un reconocimiento como sujeta, fuente de reconocimiento social. Ser madre implica tener alguien a quien cuidar, querer y por quien ser querida, alguien que la acepta. A veces, simplemente, las mujeres deciden ser madres en contextos de desigualdad, sin interesarles que esa decisión no sea percibida y respetada como tal.

Frank Furstenberg afirma que:

La maternidad temprana trastorna la vida de las jóvenes madres, pero mucho menos de lo que la gente cree [...] la particularidad del asunto tiene más que ver con cómo nuestra cultura política ha respondido a los problemas asociados con la pobreza, la sexualidad, las relaciones de género y cosas parecidas, que con la amenaza planteada por adolescentes teniendo bebés antes de que ellos o sus familias lo deseen, o antes de que la sociedad se pregunte si eso es bueno para su bienestar y el de su descendencia”. (Citado por Gogna, 2005: 36)

El embarazo se presenta en los medios de comunicación y desde los discursos políticos con un “discurso victimizador, homogeneizador y alarmista en el cual el evento asume un carácter siempre negativo, instaurador de cambios radicales en la vida de las adolescentes y de sus familias” (Nauar, citada por Gogna, 2005: 36)

Las niñas que han sufrido violencia sexual, suelen tener que enfrentar la doble moral de la sociedad, que las lleva a una maternidad impuesta, obligada. Desde el año 2009, existe en la provincia un protocolo de atención a niñas y mujeres que hayan sido víctimas de violencia sexual, que establece la aplicación de un kit de medicamentos para prevenir el contagio de VIH, enfermedades de transmisión sexual y un embarazo no deseado. En el año 2011, con la aprobación de la Ley provincial n° 7032 (de adhesión a la Ley Nacional n° 26485 de Protección Integral a las mujeres), este protocolo queda aprobado. Respecto del fallo de la Corte sobre el caso F.A.L. su aplicación en Santiago del Estero está atravesado por diversas controversias. Si bien desde la Dirección de

Género, en articulación con la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, la Dirección de Maternidad e Infancia y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la provincia, se elaboró un acta compromiso y un circuito para la efectivización de la interrupción de embarazos en estos casos, no fue posible lograr el consenso con el Ministerio de Salud para su divulgación a la ciudadanía. Por lo tanto, las personas que sí logran acceder a esta información, se ven obligadas a *peregrinar* por diferentes organismos, hasta poder obtener la efectivización de la interrupción de un embarazo. Hay una sostenida negación, aunque encubierta, de este derecho, porque se sabe que la población no puede exigir lo que no conoce.

Son el acceso a la educación sexual integral, a los sistemas de consejerías, el trabajo con jóvenes varones y sus mandatos, indispensables para que las mujeres puedan pensar y vivir su sexualidad como una fuente de afirmación y de autonomía, con placer, intimidad y amor. Sin embargo lo que prevalece es una mirada de la sexualidad como un problema a controlar. En una instancia de capacitación⁴⁰, una profesional de la salud que trabajaba en una UPA (Unidad de Atención Primaria de la Salud) planteó, a modo de pregunta/duda/afirmación, que el acceso al cobro del Asignación Universal por Hijos⁴¹ promovía que las adolescentes quedaran embarazadas. Le respondimos con información: en Santiago del Estero no ha crecido en estos últimos años la tasa de natalidad. De hecho, la tasa de embarazo adolescente se mantiene relativamente estable hace más de una década. El Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), realizó en 2013 la primera Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, de cuyo informe se desprende que:

El 50% de los hogares que percibe la Asignación Universal por Hijo tiene 1 solo hijo; el 28% tiene dos hijos; 3 hijos el 14%; 4 hijos el 6% y 5 hijos, que es el máximo que se paga, solamente el 3%”.

⁴⁰ Curso de Posgrado sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Santiago del Estero (2015), actividad enmarcada en los objetivos de los proyectos de investigación.

⁴¹Derecho que corresponde a hijes menores de 18 años, de personas que se encuentran desocupadas, o que trabajan en la economía informal, con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo, vital y móvil, monotributistas sociales, trabajadores/as del servicio doméstico, trabajadores/as por temporada, en el período de reserva del puesto o que perciban alguno de los siguientes planes: Argentina Trabaja, Manos a la Obra, Ellas Hacen, Programa de Trabajo Autogestionado, Jóvenes con Más y mejor Trabajo, Programa Promover la Igualdad de Oportunidades y Seguro de Capacitación y Empleo. El cobro de la Asignación Universal por Hijo requiere la acreditación anual de escolarización y controles de salud de les niñes. La asignación reconoce un máximo de 5 hijes, priorizando a quienes tengan discapacidad y a menores en edad.

Los dichos de la profesional de la salud, evidencian la construcción de un imaginario que se sostiene en un argumento racista y de clase. Ser adolescente y pobre convierte a las mujeres en eje de muchas discriminaciones y estigmatizaciones.

Azucena, una de las mujeres entrevistadas, tenía programada una cesárea, que como ya dijimos es único medio para acceder a la ligadura de sus trompas. Tenía realizados todos los estudios necesarios para acceder a dicho parto/cirugía. A último momento, decidió no ligarse las trompas. Las familias son instituciones que no pueden pensarse sin su atravesamiento y entrecruzamiento con el Estado, por la presencia que las políticas tienen sobre las familias y el mercado, y también por la fuerte intervención histórica que la Iglesia tiene en la definición de esas políticas, sobre todo, en las vinculadas a la familia y a la reproducción biológica de las mismas. En Argentina, el Decreto Presidencial n° 1406/98, declara el día 25 de marzo de cada año como el "Día del Niño por Nacer", donde es clara la imbricación entre la Iglesia Católica y el Estado, ya que en esa fecha la se celebra la Anunciación a la Virgen María⁴².

O sea yo les he llevado, yo no les he mostrado a ellos. O sea, yo he llevado todos mis estudios, radiografías...todo. Pero yo me he ido a última hora, cuando ya estaba por nacer mi hijo. Me he ido...o sea, desde la mañana que andaba en trabajo de parto y me he ido recién a la noche, cuando ya estaba por nacer mi hijo... (Entrevista a Azucena, 2007)

El aprendizaje social de la maternidad, como realización y reconocimiento personal y social, ha sido promovido por los Estados. Al respecto, Claudia Molina hace la aclaración de que:

(...) la maternidad se encuentra en cada sociedad y en cada momento histórico revestida de definiciones e implicaciones ideológicas, políticas, culturales (...) en el proceso de construcción de estos sentidos que la maternidad conlleva, simultáneamente, se ha invisibilizado lo histórico social de este mismo proceso. (2006:7)

Hay un esfuerzo de los Estados y de la Iglesia Católica para sostener esta naturalización y la valoración de la maternidad, dificultando los procesos de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos. El acceso a la información, el saber cómo y con qué cuidarse, no es suficiente para que el conocimiento se traduzca en una práctica de cuidado sobre una o en la posibilidad de planificación.

⁴²Recuperado el 25 de Marzo de 2017, de <http://www.archivo.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-09/pag03.htm> y de <http://www.notivida.com.ar/legnacional/Decreto%201406-98,%20Dia%20del%20Nino%20por%20Nacer.html>.

Entrevistadora: ¿Qué te bloqueaba? ¿El hecho de tener los hijos y no volver para que te den unos anticonceptivos? ¿O que alguien te asesore sobre el tema de los anticonceptivos?

Gladis: Que nunca me he tomado en cuenta yo... Nunca me he tomado en cuenta yo... Es más, ahora estoy sufriendo el problema de mis piernas (várices severas/flebitis), de tantos embarazos, de tanto que he engordado, la mala circulación y todo eso, ahora tengo un problema muy serio con mis piernas. ¡Recién ahora, recién ahora...! He intentado cuidarme con la... ha habido unas pastillas, que he intentado cuidarme una vez, y me ha producido una flebitis...un problema, porque no sé qué problemas hay con las pastillas y el tema de las várices. Así que no he podido cuidarme esa vez. (Gladis, entrevistada en Sala de Espera, 2011)

Frases como “De esto no se hablaba”, o “Nunca nadie me había dicho sobre esto”, fueron recurrentes cuando preguntábamos acerca del acceso a la información sobre anticonceptivos y sobre temas ligados a la menstruación, la gestación, el parto, el posparto, al aborto y al placer en la sexualidad. En los relatos de las mujeres entrevistadas, se observa que el embarazo apareció, para muchas, como una *sorpresa*, algo de lo que *no se dieron cuenta*. Las mujeres de su red familiar más directa eran las que lo diagnosticaban: “¡Vos estás embarazada!”, ya que sus saberes y sus experiencias les sirven para esa detección. Muchas de las mujeres entrevistadas reconocieron que sus menarcas e, inclusive, sus primeros embarazos, tuvieron lugar sin que ellas contaran con un mínimo de información o, quizás, teniendo información muy rudimentaria, basada en creencias y prejuicios. El desigual acceso a la formación integral sobre la sexualidad, desde una perspectiva de derechos, sostiene la vulnerabilidad de las mujeres y les dificulta -cuando no imposibilita-, el control sobre sus cuerpos y sobre sus vidas.

Entrevistadora: La escuela, ¿tampoco era un lugar donde se informaba...?

Gladis: No, no era. No es como ahora. Ahora yo lo veo distinto, yo tengo mis hijos adolescentes, yo los vivo hablando, ellos me han preguntado su primera vez, me han preguntado sus cosas, y siempre he estado dispuesta a explicarles, ¡no con mucha experiencia! Porque de cuidado, *cerro*, por eso tengo muchos chicos. Nunca he usado preservativos, nunca he usado el cuidado de fechas, nunca he usado nada de eso, así que mis hijos no... Yo, más o menos, los puedo orientar. Porque el papá no les ha hablado. Él no habla, es criado muy a lo de antes, ¡él esas cosas no! A los chicos no les ha hablado. Así que yo sí, yo les hablo... Ya he traído preservativos de la Sala, y bueno, yo quiero que sigan estudiando. No quiero que se arruinen, no quiero. (Entrevista a Gladis)

*El hospital no configurado como
“espacio amigable”*

Los cuidados de salud para muchas mujeres de la ciudad como de la ruralidad y sus familias, se configuran en torno a algún centro de asistencia primaria, a la posta sanitaria, o al hospital cercano a su domicilio. En estos espacios sociales, por los que las mujeres circulan frecuentemente, se construyen vínculos, y el personal conoce sus domicilios, sus vidas, incluso, a veces, son vecines, o tienen conflictos personales. En algunos casos, las mujeres han llevado a todes sus hijes y familiares, durante décadas, a ese centro de salud, aunque no siempre hayan encontrado respuesta a las necesidades de atención que requerían.

El Hospital Regional se disponía como un espacio contrapuesto respecto a esos lugares más cercanos de atención. El impedimento del ingreso de familiares hacía que la experiencia de ajenidad se reforzara, ya que estas mujeres se encontraban lejos de sus personas de confianza, teniendo que dejar a sus hijos/as, solos/as, o al cuidado de terceros (familiares o no). Se construye, así, un aprendizaje social del hospital como lejano, desconocido, impersonal, con normativas que exponen a las mujeres a la soledad, donde su intimidad se expone ante practicantes, presentes en las instancias previas y posteriores al parto, sin su permiso. El hospital pasa a ser un lugar donde hay que hacer caso, esperar, *ser paciente*, sin poder pedir o decir nada. Las expresiones de vergüenza por la exposición de sus cuerpos, de sus genitales, los enojos por las arbitrariedades respecto a lo que están sintiendo, sin tener en cuenta sus saberes sobre su parto, las dudas acerca de las muertes de bebés, las altas voluntarias, son expresiones de esta construcción.

Entrevistadora: Vos, Marta, me cuentas de otras mujeres... Qué siente una mujer... Temor a enfrentarse al médico y decir: “Doctor, ¡yo sé que hay leyes que me amparan!” ¿O no te has acordado en ese momento...?

Marta: No... Yo, en ese momento, no me he acordado de ninguna, pero si he hablado con varios que no querían ligarme y bueno no.... No ha habido forma. Vamos a decir que ha sido una mala atención, esos días que yo he estado internada, porque muchas cosas han pasado ahí en el hospital. Han llamado a la radio... Chicas que han perdido bebés... Han muerto bebés, porque le han hecho pasar la hora. Muy mala la atención en esos días que yo he estado internada. Se han visto muchas cosas en el hospital, que no dan a saber a la gente, que no es público.

E: ¿Has sentido miedo...temor de estar ahí?

M: Miedo no... O sea, que uno veía las cosas que hacían los médicos, como que no tomaban atención en nada. Pero después, las enfermeras... La atención, bien de ellas, te trataban bien. La cosa son los médicos, que no llevan la atención... No

toman atención a la gente, a las chicas. Vos por ahí dices “Uh, voy a ir a tener en el hospital” y algunas te dicen “¡Uh! ¡A dónde vas a ir a tener, te van a hacer padecer!”. Y tienen miedo, algunas. Y aun así, se quedan embarazadas las chicas. (Entrevista a Marta, 2011).

En la visita a la Maternidad del Hospital Regional con Diana Galimberti, en el marco de la Jornada sobre Parto Respetado (2016), había algunas mujeres acompañadas por sus familiares, hecho reconocido como novedoso, en virtud de la ampliación de la misma.

Condiciones para consolidar un tiempo y espacio para las mujeres

Como se dijo, el sostener los procesos de reproducción biológica, cotidiana y social de las familias, reduce las posibilidades de las mujeres para sostener y consolidar mejores lazos entre ellas. En todo caso, cuando se dan estos lazos, las instancias comunitarias de participación suelen estar vinculadas a la producción y reproducción de sus familias. A medida que se van posibilitando estrategias de relevo para esta tarea, cambiando los ciclos de la dinámica de las familias o modificándose las variables estructurales que sostenían situaciones de vulnerabilidad, comienza a hacerse posible el repensarse como mujeres.

Silvia: ¿Por qué he tomado esa decisión? Porque... digo... “¡No, ya está!” He pasado... Ya veía crecer, veía a mis hijos más grandes, y ya tenía que preocuparme más, que ya tenía que ver. Ha sido en el único embarazo, en el octavo, te soy sincera, ¡sería en el noveno! Que ahí recién he tomado conciencia de decir “¡No! ¡Basta! ¡ya está! ¡No quiero tener más hijos!”. ¿Por qué? Porque decía, ya que el mayor era grandecito, y tenía más obligaciones... (Entrevista a Silvia, 2012)

Las posibilidades de reflexionar sobre la sexualidad, este dispositivo que funciona como norma y define conductas y expectativas acotadas a la conyugalidad, la exclusividad, la heteronormatidad y la maternidad, son complejas y están siendo todo el tiempo parte de una puja de fuerzas entre los movimientos feministas, el Estado y sus instituciones, el mercado y la Iglesia. Las emociones, los deseos, los conceptos, las percepciones, las relaciones y sensaciones relacionadas a la sexualidad, son definidas por la sociedad en la que nos desenvolvemos, porque la misma es un producto social, configurado por fuerzas sociales que, además, determinan las posibilidades eróticas de los cuerpos y cambian en cada sociedad y momento histórico (Valladares Tapuyanta,

2003). Todas las experiencias sexuales son construidas como *guiones* (forma organizada de convenciones compartidas, que permite a dos o más personas participar en actos complejos, implicando relaciones de dependencia mutua, según Gagnon y Simon, 1973), que pueden ser desaprendidos, revisados, cuestionados en la medida que los contextos personales y familiares se puedan interpelar.

También las transformaciones de los escenarios políticos, sociales y culturales, son habilitantes para pensar con otros argumentos la vida de las mujeres. Aun así, para las niñas y mujeres más desposeídas, por ser morenas, pobres, sin instrucción formal o con bajo nivel de instrucción, ser reconocidas como sujetas está lejos de ser un hecho garantizado en sus vidas. El testimonio de Sandra, quien fue *entregada* a un adulto cuando era niña, como único modo encontrado para sobrevivir al hambre y la miseria, es profundamente desgarrador. Aun así, gracias a su resistencia y a su resiliencia pudo, en alguna medida, cambiar su historia.

Entrevistadora: ¿Cómo te hubiese gustado que sea tu vida?

Sandra: (Silencio) Y, esos años que he pasado... ¡distinto! Distinto...y dicen todos que nosotros la hacemos a la vida...

E: Como un karma... algo así...

S: ¡Yo no la he hecho a mi vida! A mi vida *la han hecho* a veces, porque ¡yo nunca he pensado pasar por... vivir así, esa etapa, ¡y tantos años!

E: ¿Vos no estás de acuerdo con eso que dicen...? (Que la vida la hace uno)

S: No...no estoy de acuerdo, lo que yo he vivido... ¡no se! Algunos capaz que la quieren a la persona y va a estar! Va a aguantar. Yo he llegado un momento que pensaba que yo me he acostumbrado, o era eso... ¡y así era y así tenía que ser! Porque mi mami me ha dicho “Mira, vos quedate aquí, vos vas a vivir aquí, no te va a faltar nada”. ¡Nada más! En ningún momento me ha dicho “Vos vas a ser mujer de él, vas a hacer esto vas a hacer aquello...cuidate, no te cuides”. ¡Jamás me ha explicado nada! Yo me acuerdo ese momento, la primera relación y después que me ha dicho mi tía “¡Ay no, vos estas embarazada!”. Ya había estado de 6 meses, no sé qué. Y yo no sabía.

E: Sandra, vos con tus otras parejas... ¿has sido...?

S: Yo, con mis otras parejas... Yo he querido estar... ¡no es que me han obligado!

E: ¿Has tenido tus momentos de romance, de noviazgo...?

S: Sí, sí... claro. Con el otro, con el papá de la Gladís (se ríe), yo he ido un día a un baile que han hecho en beneficio, no me acuerdo de qué era... Y me voy...y él me ha hablado... “Vamos a bailar”.

E: ¡Y a vos te ha gustado!

S: ¡Sí! Y bueno, la primera vez que me dice alguien “Vení, vamos a bailar”, y que ¡ni te obligan ni nada! Que vos sales porque quieres bailar por voluntad propia. Y después ya... que si...que “Vamos a salir” (se ríe), “Vamos a esto...”, “Vamos a comer”. Y después “¿No quieres ser mi novia?”, “¿No quieres ser mi pareja?”. ¡Ya cambia! Si quiere o no quiere, lo vas conociendo de a poco.

E: Claro... ¡es voluntad tuya!

S: Sí...

E: Vos dominas la situación...

S: Sí, sí...yo decía ¡no o sí! (Entrevista a Sandra, 2012)

Mujeres sin historia

Las historias de vida de las mujeres que acuden al hospital, quedan en la puerta, en el primer escalón de la escalera de la parte vieja de la Maternidad, en el mismo momento en que la persona encargada de la vigilancia, ubicada al final de la misma, les pregunta qué necesitan, o les dicen que esperen para pasar. Si no ocurre esto allí, sucede en el otro ingreso, el del ala nueva de la Maternidad. Quedan allí todas las situaciones por las que están atravesando en ese momento de sus vidas: haber tenido que dejar a sus hijos/as solos/as, la comida sin hacer, el trabajo pendiente. Sus nombres también quedan afuera, ya que pasarán a ser llamadas *mamita, gorda, gordi, panzona, querida, señora*. Sus miedos, sus temores, su necesidad de preguntar y entender lo que implicará este parto, entran con ellas, pero no podrán expresarse. En lugar de dialogar con ellas, serán dirigidas: *venga, vení, decime, sentate, subí, baja, espera, avisame, no grites, puja*. Hacia el interior de los equipos, se hablará de ellas como: *la hipertensa, la diabética, la múltipara, la primigesta, la derivada*, porque lo que importa es el acto médico, porque se entiende al embarazo, al parto y al aborto en curso, como enfermedad, y se evalúa en parámetros de riesgos.

Quedan afuera de la Maternidad las otras formas posibles de entender las historias de las mujeres, las otras formas de interpretar el sentido del tiempo y del espacio que tienen las mujeres en sus vidas cotidianas y en sus comunidades. Quedan afuera sus trayectorias, las razones de sus conductas concretas. Incluso, quedan afuera las recomendaciones de los organismos internacionales acerca del parto respetado y del parto mínimamente intervenido, al igual que las del Comité contra la tortura.

Por último, quedan fuera del Hospital los y las agentes de salud que, habiendo abrazado marcos interpretativos diferentes, quieren aportar a cambiar las prácticas de la Maternidad, porque lograron descotidianizar sus intervenciones y cuestionar el orden médico establecido; orden que produce, todo el tiempo, una Medicina para mujeres sin palabras ni historia.

CIERRES Y APERTURAS

MIRITA.

UN TRATADO PARA PENSAR UNA POLÍTICA DE SEXUALIDAD DESDE UNA EPISTEMOLOGÍA DE LAS MUJERES. UNA CRUZADA DESDE EL SUR

Explicitar el lugar de mirada – reconocer la parcialidad de la propia mirada– es un gesto político clave.

Elena Águila (2003)

Chandra Talpade Mohanty señala que los procesos políticos y económicos globales, su brutalidad, la exacerbación de las desigualdades económicas, raciales y de género, necesitan ser develados, reexaminados y teorizados, y por ello considera que

Aunque la globalización siempre ha sido parte del capitalismo, y el capitalismo está lejos de ser un fenómeno nuevo, en este momento la teoría, crítica y activismo alrededor de la antiglobalización deben ser un foco importante para las feministas. Esto no implica que las relaciones y estructuras patriarcales y racistas que acompañan al capitalismo sean en este momento menos problemáticas, ni que el movimiento antiglobalización sea un fenómeno singular. Junto con muchas otras académicas y activistas, creo que el capital tal como funciona ahora depende de y exagera las relaciones de dominación racistas, patriarcales y heterosexistas. 2008: 420)

Si bien creo profundamente en las micropolíticas y las microtácticas que las mujeres podemos diseñar, también soy consciente de las limitaciones que enfrentamos, al estar, muchas veces, aisladas de las vidas concretas de las mujeres, en sus espacios, sus escenarios, con sus luchas personales y sociales. ¿Qué hacer? El optimismo de la militancia debe ir acompañado por la reflexividad sobre los derroteros globales, convocándonos a sentipensar nuestra tarea. En este momento de mi recorrido, tengo un mayor convencimiento de que el Estado no es fiable, en tanto se rige por las reglas del capitalismo globalizado, el cual, hermanado con el patriarcado, está haciendo *estragos* en la vida de las mujeres (nuestras vidas), arrasando con leyes, convenciones, declaraciones y tratados. Los efectos de esto en Latinoamérica, en *el Sur*, son tan avasallantes y de una dimensión tal, que es imposible no verse interpelada. Las secuelas

en la vida cotidiana, el contrapeso que el Estado y sus instituciones hacen a la construcción de la autonomía de las mujeres, se hace innegable en provincias como la nuestra.

Santiago del Estero mantiene anclajes en *estructuras de patronazgo* desde períodos coloniales (Vessuri, 1972; Tasso 2007). Dicha estructura se basa en un contrato de reciprocidad, por el cual un patrón ofrece protección y trabajo a cambio de mano de obra, lealtad y fidelidad. Es posible trasladar la lógica de estas estructuras a otras relaciones sociales, políticas o familiares, que han ido imponiéndose, junto a la educación religiosa, a la fuerza militar y/o la coacción económica, hasta alcanzar una validación de la subordinación, que se subjetiva no sólo en su aceptación, sino en el deseo de su sostenimiento en tiempo (Tasso, 2007). La colonialidad santiagueña reproduce relaciones jeraquizadas, generizadas y racializadas. Los Estados Nación no han revertido las estructuras patriarcales sobre las que se sostenía el poder colonial, sino que las han reforzado, multiplicado y reproducido. (Canevari e Isac, 2016:275)

El avance del frente estatal-empresarial *sobre* las comunidades campesinas e indígenas de la provincia, ha resultado en un proceso acelerado de cambios en las relaciones sociales (materiales y simbólicas), en las prácticas de expropiación de tierras y en un aumento de las violencias. La violencia contra las mujeres no ha cesado pese al impulso de leyes provinciales y nacionales de protección, como así también de políticas públicas para erradicar las violencias contra ellas y sus familias. Al contrario, las estadísticas dan cuenta que las violencias se han recrudecido, a pesar de la presencia y de la articulación para su defensa con organizaciones sociales y organismos del Estado. La profundización de las estrategias de desposesión tejidas por el capitalismo deja a las familias en situaciones de mayor vulnerabilidad a partir de la destrucción de medios de vida, de bienes e ingresos, desplazamientos, violencia sexual y estructural, el acaparamiento de sus tierras, situaciones de desnudez ante las instituciones cómplices de estos despojos (Isac, Canevari, 2017:14).

En Santiago del Estero este proceso de profundización de subalternizaciones, se exhibe en los cuerpos de las mujeres. Si analizamos el alto porcentaje de empleo doméstico en la provincia⁴³; la alta tasa de femicidios (entre 2008 y 2016, está más de

⁴³Torres (2015) explica que, según los datos de Encuesta Permanente de Hogares, EPH-Instituto Nacional de Estadística y Censo, INDEC del año 2014, en comparación con otras actividades de peso para la Población Económicamente Activa, PEA femenina santiagueña, el servicio doméstico es la principal, con un 24,59% del total de la misma (le siguen, en orden decreciente, la

dos veces por encima de la media nacional)⁴⁴ y la alta tasa de muertes maternas en la provincia⁴⁵, la profundización de los conflictos de tierra⁴⁶, la apropiación de los territorios con mujeres y sus familias adentro y las construcciones que se hacen de las mujeres que asisten a los hospitales y los tratos que reciben, nos muestra la desigualdad y crueldad con que se expresa esta colonial modernidad.

En su amplia mayoría, las mujeres que llegan tanto a la Maternidad del Hospital Regional como al Centro de Atención Integral de Salud de La Banda, pertenecen a sectores populares, asentados en los márgenes de estas ciudades, y sufren los embates de las desiguales oportunidades para sostenerse junto a sus familias. Otras, son mujeres campesinas o indígenas, y viven en las áreas rurales de la provincia. Muchas de estas mujeres sufren los atropellos generados por los conflictos de tierras, ya que sus viviendas son usurpadas en momentos en los que solo ellas, con los niños, están en el hogar. Las situaciones de inequidad social se ven profundizadas por las políticas extractivistas, resultado del avance de la industria agrícola ganadera y del turismo⁴⁷, con la apropiación, por parte de empresarios, de sus tierras⁴⁸. Dichos empresarios cuentan con su propio servicio parapolicial, que en connivencia con policías locales corruptos, logran violar las leyes y derechos posesorios de las poblaciones⁴⁹, vulnerando las condiciones de vida de las personas, exponiéndolas a situaciones de violencia, con desigualdad recursos para defenderse⁵⁰.

enseñanza, el comercio, y las trabajadoras de la administración pública o defensa). Igualmente, según el Ministerio de Trabajo de la Nación, un 80% de las trabajadoras de casas particulares aún no están registradas.

⁴⁴ Entre enero del 2002 y diciembre del 2016, fueron asesinadas por violencia patriarcal 165 mujeres y 13 varones o niños, en lo que se consideran femicidios vinculados.

⁴⁵ razón nacional promedio de mortalidad materna entre el año 2003 y el 2011 es de 4,4 mujeres por 10 mil nacidos vivos, mientras que en Santiago del Estero para el mismo período es de 9,6 por 10 mil nacidos vivos. Cabe destacar aquí que estos datos provinciales tienen una amplia diferencia con las cifras publicadas por la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación) que señalan la razón para Santiago del Estero como 5,3 mujeres muertas por 10 mil nacidos vivos. Los que aquí se presentan surgen de la información construida por un equipo de investigación de la UNSE.

⁴⁶ El Comité de Emergencia, dependiente de Jefatura de Gabinete de la Provincia ha recepcionado y acompañado desde su creación en el año 2008 cerca de 1000 denuncias por estos conflictos. (Entrevista a MJ, 2017).

⁴⁷ Según datos del Observatorio de comunidades campesinas y de pueblos originarios de la Secretaría de Derechos Humanos, como también de referentes de la ONG BePe (Bienaventurados los Pobres), el desarrollo turístico de la localidad de Termas de Río Hondo ha disparado (en los últimos meses de 2016), conflictos de tierras y usurpaciones, para el impulso de emprendimientos inmobiliarios y de otra índole. En la provincia se desmontaron 4 millones de hectáreas entre los años 1976 y 2012. El 50% de esa superficie se desmontó entre el 2000 y 2012. Se anticipa una intensificación de este proceso, lo que pone en jaque la estabilidad de los ecosistemas y afectará la provisión de servicios ecosistémicos. Recuperado el 23 de Febrero de 2017 de: <https://nuestrasmiradassobresantiago.wordpress.com/2016/08/22/santiago-del-estero-en-el-ranking-mundial-de-desmontes/>

⁴⁸ Ver Documento emitido por MOCASE en Anexo I.

⁴⁹ Reflexioné sobre esto en la disertación compartida con Cecilia Canevari, titulada “Tiempos Modernos. Mujeres, violencias y derechos”, organizada por la Comisión Honoraria del Bicentenario de la Subsecretaría de Cultura de la Provincia de Santiago del Estero, el día 12 de julio del 2016, en el Salón Auditorio del Centro Cultural del Bicentenario (Santiago del Estero).

⁵⁰ Fuentes: <https://notas.org.ar/2014/11/10/juicio-cristian-ferreyra-violencia-rural-mocase/>; http://www.clarin.com/suplementos/zona/santiago-estero-disputa-tierras-desmonte_0_Hkkuf9DGx.html; <https://nuestrasmiradassobresantiago.wordpress.com/2016/08/15/actividad-economica-y-conflictos-de-tierras-en-santiago-del-estero/> Recuperado el 23 de Febrero de 2017.

Pensar en las políticas de sexualidad, entonces implica correrse de una mirada guetificada, que lleva a pensar que lo que les sucede a las mujeres que van al hospital a parir es un problema de las mujeres, para entender que esa violencia "(...) nos habla de toda la sociedad (...) ahí hay luz para entender la época, la civilización, la sociedad, la economía e, inclusive, la marcha del capital" (Segato, citada por Sarah Babiker, 2016⁵¹). Las mujeres, sus cuerpos, sus territorios, están siendo depredados, enajenados, en nombre de la ciencia, del progreso, de la tecnología. Las crisis del capitalismo no afectan sólo a las mujeres, sino a personas transexuales, niños y varones campesinos, de pueblos originarios o de sectores populares. El patriarcado y el racismo expresan su poder en la rapiña de los cuerpos, en las tierras y los territorios (Segato, 2015).

Por lo antedicho, he decido presentar las conclusiones de mi investigación recuperando la experiencia de Mirita, por la decisión ética y política desde la que he construido mi trabajo: la disposición a hacer hablar y hacer ver las propuestas de una política centrada en las mujeres, que Mirita desarrolla cuando cuenta su historia. Mirita no solo muestra una realidad, sino que es activa, hace sugerencias y da fundamentos. Invito a la lectura reflexiva de su historia, para pensar colectivamente los cambios que son necesarios en la atención de la salud de las mujeres.

La humanidad negada a Mirita

Una pregunta que resuena en estos tiempos a quienes militamos el feminismo y trabajamos para cambiar el orden patriarcal, es: en una era donde las leyes han reconocido los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la identidad autopercebida, ¿Por qué se suceden y reproducen sistemáticamente tantas expresiones de violencia en el ámbito del hospital, especialmente en los cuerpos de mujeres pobres? Como se dejó ver, el colonialismo se expresa negando la humanidad de otros. En el siglo XXI, todavía "...aparecen figuras desechables sobre las que se actualiza la dinámica colonial" (Rivera Cusicanqui, 2015: s/n). Cuando Mirita relata su historia de parto en la Maternidad del Hospital Regional, esta dinámica colonial se hace carne. Mirita revela más que el accionar de un médico o de un equipo de salud que la violenta

⁵¹ Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de: <http://www.resumenlatinoamericano.org/2016/07/08/pedagogia-de-la-crueldad-en-un-mundo-de-duenos-la-antropologa-rita-segato-reflexiona-sobre-la-violencia-hacia-las-mujeres-y-la-cultura-de-la-dominacion/>

y maltrata; muestra un artefacto ideológico que produce las prácticas que la discriminan, que la hacen sentir que “le han hecho de todo”.

Cuando la entrevistamos, en el año 2008, Mirita tenía un comedor a su cargo. En el año 2001, la crisis económica y política del país la llevó, junto a otras mujeres a pensar estrategias para paliar el hambre en su barrio. Conocía cómo *luchar*, cómo sortear los individualismos fruto del neoliberalismo, y decide armar un proyecto comunitario en su propia casa.

Mirita tiene 5 hijos. En su último parto, fue expuesta a muchas situaciones de violencia: inmediatamente después de parir, la exhibieron ante 7 estudiantes, que con cuadernos en mano, miraban el comportamiento de su útero. Su hijo nació con bajo peso, y Mirita fue el foco de muchas apreciaciones que la culpabilizaban. Los discursos y las prácticas de la médica que atendía a su niño, la hicieron sentir “(...) como que discrimina a los pobres, se me hace a mí, a mí se me hace que ella tiene asco a la pobreza...”.

Cuando una mujer es pobre, campesina o de sectores populares, de piel oscura, el ser mujer es sólo uno de los ejes en los que se apoya la opresión que la subalterniza (Haraway, 1999). Mirita siente que no está bien peinada y se preocupa por cómo la verá la enfermera que la atendió: “no tienes que ir con el pelo así, ese pelo como vos, como vos en este momento estás (se refiere a un poco desordenado). Ella te va a retar”. Los cánones de belleza y *las epistemologías de lo lindo* están atravesados por la colonialidad moderna, y Mirita sabe cuál es el prisma desde el cual son mirades ella y su niño. El racismo cotidiano y difuso del ciudadano o ciudadana común, considerado ingenuo, es letal para quienes no son blancos/as, porque reproduce una costumbre violenta:

(...) basada en el ejercicio sistemático y enmascarado de la violencia psicológica, (...) que puede consistir, simplemente, en ignorar su presencia— o del maltrato verbal o gestual, y de la violencia moral, cuando se lanza sobre esa persona una sospecha respecto de su moralidad, honradez o capacidad. (Segato, 2006: 6)

Mirita y el mito de la buena madre

En el engranaje ideológico de este dispositivo, es central el mito de la buena madre: si la mujer es pobre, *negra*, campesina, de poblaciones originarias, su capacidad de serlo es puesta bajo sospecha. Porque existe la idea de que si es pobre, o si es del campo, o si vive en un rancho, si no ha estudiado, *no sabe, no entiende*. Mirita relata las

dudas que la médica neonatóloga le expresaba, no sólo con palabras, sino con gestos, acerca de su rol de madre:

Me... me ha de, me ha desmoralizado como madre (...) que era flaquito, pero en lugar de preguntarte bien, de decirte “No, este chico, parece que está...”. No, todo mal, ha visto, pero... No sé, yo he salido destruida (...). “Este chico es un, es un...”, este... “Tiene crecimiento de” no sé, de qué mal, mal no sé qué, no le entendía, encima, nada de lo que me quería decir, porque, eh, no sé, qué lo que veía, por qué (...) no te explica qué es lo que veía, (...) que me diga qué es, no: “¡Hacete los análisis, una vez que traigas los análisis, recién te voy a decir!”.

Sadler afirma que “...para las mujeres populares no basta la menarquía como rito de pasaje entre la infancia y la adultez, entre el ser niña y mujer pues una mujer sin hijos no está *completa*” (2004:21). La historia argentina está plagada de resistencias a políticas que desafiaran los cánones de la natalidad. La apropiación del cuerpo individual por el poder político se mantuvo en todo el siglo XX, normativizando la reproducción y la sexualidad. La reproducción fue considerada una razón de Estado y solo debían engendrar descendencia quienes previsiblemente pudieran procrear a los mejores ejemplares de la raza (Miranda, 2011). Esto revela una política de sexualidad eugenésica, racialista y racista. Mirita relata que el médico que atendió a su niño:

(...) no, no lo revisaba, lo revisaba únicamente si estaba el pupito con, este... el pupito con... cómo se llama, pues... Si le habían cambiado la gasa, nada más, y me ha preguntado a mí si el chiquito tenía ano (...) a mí me han impresionado (...)

En este dispositivo, la procreación está atravesada por una idea de normalidad/anormalidad, permitido/prohibido y no sólo excluye de derechos sino que colma de sospechas a las mujeres en situación de pobreza o vulnerabilidad social que asisten al hospital.

Mirita y su teoría del buen médico/a

Como se mostró a lo largo del presente trabajo, al ingresar al hospital, la autoridad médica opera sobre los cuerpos de las mujeres, negando sus saberes y sus necesidades, sus padecimientos personales, las desvincula de sus redes de apoyo. Se privilegia solamente lo vinculado al parto como hecho fisiológico y patológico. Las mujeres quedan invalidadas por esta autoridad, que se reparte entre el equipo que la atiende en el proceso de parto. Mirita, ejercitando una forma de reclamo respecto a su experiencia,

desarrolla una *teoría* acerca de la buena atención médica; haciendo una descripción de cómo *debería ser* un/a médico/a en este sistema de atención:

Por ejemplo, tiene un médico que no te da, que se hace el super-poderoso (...) y me hace a mí -porque así te atiende-, no baja hacia la mamá, no sé, como que se siente muy elevado en el nivel, yo digo, será que te, no sé, porque hay médicos muy humildes, y cuando vos notas en la humildad de un médico, porque te habla, te cuenta, este... te explica, te tiene paciencia, se pone en tu lugar (...). Entenderte a vos, comprenderte lo que vos estás... Capaz que vos, vos... no sabe cómo vienes de tu casa vos, no sabe si vos tienes problemas, entonces, vos no le agraves el problema al paciente, porque peor se va a poner. Si yo, no sabía ella, yo de qué situación vengo, entonces, encima, que me atienda mal, te, te está diciendo que el chico está desnutrido, que no estaba, o digo yo no sé qué era, porque al final he terminado sin saber qué era. No sabía si era... si... si tenía hidrocefalia, porque no sé, ya de todo me decía. No me decían, no me decían “¿Entiende?”. No me daban un diagnóstico, pero me decía “Ay! Este chiquito por qué...”. No sé qué le veía, no, no entiendo yo, si era cabezón, no sé qué, “¡Ay Dios, mirá!”. Me han hecho de todo (...)

Este dispositivo de sexualidad funciona con una lógica positivista, en la que la razón prima por encima de todo. La desafectación y la disociación son partes centrales de la objetividad perseguida por esta construcción de ciencia. Los afectos, las historias, las redes familiares son percibidos como obstáculos para la tarea. No conforman un valor el arte del buen trato ni se busca la cercanía entre el personal de salud y las mujeres. La razón está jerarquizada de modo tal que, quienes no tengan los capitales para alcanzarla, tienen un lugar inferior en la escala. En su reflexión, Mirita construye su *teoría de intersecciones*, vinculando racismo, clase y género:

(...) que, ellos, ellos, este... antes de, de llevar el título a la cabeza, que lo lleven al corazón y que... y que... No todas las mujeres somos iguales. Si ella le gusta, por ejemplo, maltratar a la muchacha en la casa, que no lleve sus problemas ahí, al consultorio, porque vos no sabes qué problema trae la familia o por qué va al hospital. Porque, si yo tuviera dinero, yo tendría mi atención médica, o tendría mi obra social, capaz... No me iría jamás al hospital, porque tengo que ir a la madrugada, porque tengo que hacer una cola larguísima, porque tengo que esperar que me atiendan como me atiendan, porque tienes que esperar la atención como te... te la den, no como vos quieres que te la den, porque el médico te atiende nada más que 8, 8:15, y después se va, que tiene que atender su consultorio. Porque, si yo tengo obra social, el médico a mí me hace... Porque yo, cuando tenía obra social, a mí me atendían re bien (...)

La asimilación que hace Mirita con una hipotética empleada doméstica maltratada, es una vinculación que está inscripta en su condición social y de clase, pero también dice mucho del sistema médico y de sus políticas, plagadas de violencia simbólica,

violencia verbal y estructural, hacia las mujeres que asisten allí porque no tienen otro recurso.

Cuando Mirita dice que antes de “llevar el título a la cabeza”, los médicos y médicas deberían llevarlo “al corazón”, está mostrando una premisa fundamental de la lógica del patriarcado: la individualidad está puesta por encima de la comunidad, la razón se coloca por encima de los afectos. Lo que ha hecho el mundo occidental, es construir la ilusión de que nos basta la razón para tener seguridad en el mundo. El capitalismo, que es racional, mira despectivamente a la pobreza, a las mujeres pobres, a todo lo ligado a los vínculos. Almudena Hernando (2016⁵²) considera que el orden social es la expresión -en otro nivel-, de lo que pasa en la intimidad de los varones que dirigen la sociedad (o de las mujeres que ocupan altas posiciones de poder y que adoptan la mentalidad de los varones). El cuidar los vínculos es la antítesis del cambio permanente, pero la sociedad está funcionando en torno a él, como expresión del orden patriarcal.

Consentimiento informado. Derechos de las usuarias

El consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada. Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona, en un proceso continuo y apropiado, en el que se prestan servicios de atención de la salud, solicitados de forma voluntaria. Las desigualdades estructurales, como el desequilibrio en las relaciones de poder entre médicos/as y usuarias, agravado por el estigma y la discriminación, hacen que las personas pertenecientes a determinados grupos se vean en la tesitura de no poder ejercer su derecho al consentimiento informado.

En un grupo focal con médicos y médicas residentes, se relató que, en algunas ocasiones, se hicieron legrados sin anestesia, aduciendo razones de *emergencia médica*:

Entrevistadora: ¿Cómo se decide? La decisión, ¿pasa solamente por la urgencia?

Residente: Por la urgencia, por la disponibilidad del quirófano también.

⁵²Entrevista a Almudena Hernando. Febrero 1, 2016. “El vacío está en el núcleo de la masculinidad hegemónica”. Hombres Igualitarios. Revista Digital de AHIGE. Año IX Número 97. En: <http://www.hombresigualitarios.ahige.org/?p=2009> Recuperado el 27 de Marzo de 2017.

Sin embargo, es sabido que la necesidad médica no puede estar por encima de los derechos de las personas. El infligir dolor debe considerarse como trato cruel y degradante. Durante estos relatos acerca de los motivos por los que se han hecho legrados sin anestesia, hay una interpelación entre los/las residentes acerca de las verdaderas razones. Para algunos no es posible que ello siga sucediendo. Hay angustia en unos, enojo en otros. Otros se esfuerzan por dar una argumentación, una justificación descreyendo que estas situaciones puedan ser sancionables.

En estos últimos dos años, hay relatos de estudiantes que hacen sus prácticas en la Maternidad, que han sido testigos de legrados sin anestesia. Al poner esto a consideración de algunos profesionales de la salud que trabajan allí, no lo confirman, pero tampoco lo niegan. Existe un box de Ginecología en el ala nueva de la Maternidad, donde se atiende a las mujeres que ingresan con abortos en curso y son asistidas allí por los médicos de guardia. Si entendemos que, para que a una mujer se le realice un legrado, necesita ser intervenida en el quirófano, entonces se puede inferir que a muchas de ellas se les practica el legrado sin anestesia. Si así se hizo, las preguntas que quedan son: ¿Hubo consentimiento informado? ¿Qué posibilidades de elegir tuvo la mujer? ¿Se le explicó la práctica? ¿Qué razones se le dio? Se podría seguir hasta el infinito, sumando preguntas que nadie responde.

Lo viejo en lo nuevo

Son varias las argumentaciones que se fueron esgrimiendo desde el Ministerio de Salud de la provincia, a lo largo de los años, en torno a la imposibilidad de efectivizar un parto humanizado en la Maternidad del Hospital Regional; siendo las cuestiones de infraestructura las planteadas como unas de las más importantes. Desde mediados del año 2016, está en funcionamiento la nueva ala de la Maternidad del hospital. Las condiciones para la estadía de las mujeres han cambiado; pueden ahora contar con un familiar que las acompañe (aunque no siempre se cumpla). Las salas de espera también han sido reorganizadas.

Sin embargo, el ingreso de las mujeres sigue haciéndose por el ala vieja de la Maternidad, a través de una escalera con escalones desgastados. Sigue recibéndolas personal de seguridad privada. El derecho de ingresar acompañada se cumple *a medias*

(depende de cada guardia). El maltrato no ha cambiado, depende aún del humor o las características de quien las atiende. Las formas de nombrarlas, históricamente institucionalizadas, se sostienen. Las mujeres siguen sin poder elegir si ser o no revisadas por estudiantes. La medicalización, como rutina, se mantiene.

La falta de médicos y médicas ha puesto a las obstétricas en la situación de asumir tareas no específicas de su incumbencia profesional. Tienen la función de acompañar, contener, preparar e informar a las mujeres, en cada momento, sobre lo que irá sucediendo, hasta el momento de parir. El acompañamiento a las mujeres, durante el trabajo de parto, es ahora sostenido por un/a familiar devenido/a en ayudante. En las salas de parto, pueden llegar a estar unas 10 personas (incluido el/la familiar de la mujer) Los/as identificadores/as están presentes en todo el proceso de parto, cuando solo deberían intervenir una vez que se ha finalizado el mismo. La única forma aceptada para parir es la posición horizontal.

Al recorrer las nuevas dependencias de la Maternidad, se observan carteles con el nombre y número de la Ley de Parto Respetado. Sin embargo, no se encuentra, en las prácticas del personal, la apropiación de la normativa ni de su *espíritu*. El acceso a la ligadura quirúrgica de las trompas se programa, pero rara vez se respeta lo pautado, por falta de quirófano, por lo que las mujeres son dadas de alta sin haber logrado interrumpir su capacidad reproductiva. En este último tiempo se las deriva, con turno, al Hospital Independencia de la misma ciudad Capital para una ligadura pos-parto.

Los vínculos hacia dentro de los equipos siguen estando deteriorados. El *humor institucional* transmite malestar, enojo, desconfianza, disputas, competencias, jerarquías. La sala en la cual se hacían ateneos para los equipos de la Maternidad, ha sido desmantelada.

Puede decirse que se confió, desde una lógica capitalista, en las mejoras de la infraestructura, en la incorporación de nueva tecnología y de mobiliario para optimizar la atención en la Maternidad. Sin embargo, la misma no se sustentó en nuestro trabajo de investigación, que fue presentado ante el Ministerio de Salud por el equipo del que formo parte. Dicho informe daba cuenta de las violencias/discriminaciones que sufrieron las mujeres que entrevistamos, sumando los relatos de los diferentes profesionales de los equipos de salud, visibilizando sus roles de violentadores/violentados. El no tener en cuenta esa mirada, obturó la posibilidad de

nombrar las violencias en el contexto de la Maternidad, acto que hubiera dado entidad a los sucesos narrados, reconociendo la desigualdad, la crueldad de las prácticas, la continuidad de un dispositivo que es su sostén, que va más allá de cada persona, pero las contiene. Se mantiene, entonces, un dispositivo positivista, reproductor de vínculos cada vez más economizados y desafectados.

Las legislaciones vigentes, conquistadas por las luchas feministas, asumidas por el Estado, no han modificado el desigual acceso a los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y niñas. Esta es la paradoja de un Estado patriarcal que, por un lado, reconoce derechos y, por el otro, los cercena y los vulnera, legitimando la violencia. Esto dificulta el *darse cuenta*, porque sus prácticas se rutinizan, se naturalizan, hasta confundirse con la moral tradicional. Al respecto, es útil la concepción de Rita Segato sobre la violencia moral, entendida como:

(...) un mecanismo sutil de control social y de reproducción de las desigualdades... la violencia moral, por su invisibilidad y capilaridad, es la forma corriente y eficaz de subordinación y opresión femenina socialmente aceptada y validada (...) Como una cotidiana normalidad violenta que desmoraliza y daña la autoestima de las personas subalternizadas, a partir de fundamentos patriarcales. (2010: 112-113)

Lo macabro de esta violencia moral, es que termina conformando un plexo de verdades con los que se sancionan determinadas teorías, movimientos, ideologías, sistemas, prácticas y con los que se legaliza otras, dando forma a las relaciones cotidianas entre mujeres, a los vínculos de los varones con las mujeres, y de los varones entre sí. Segato se interroga respecto a esto:

¿Cómo sería posible encuadrar en la ilegalidad un conjunto de comportamientos que son el pan de cada día, la argamasa que sustenta la estructura jerárquica del mundo? ¿Cuán eficaces son o conseguirán ser las leyes que criminalizan actitudes fuertemente sustentadas por la moral dominante? ¿Cómo sería posible perseguir legalmente formas de violencia psicológica que responden y acompañan el racismo estructural y el sexismo estructural, reproducidos ambos por un mecanismo sólidamente entrelazados en la economía patriarcal y capitalista del sistema?. (2010: 121)

Estos interrogantes ayudan a pensar una explicación posible al porqué está siendo tan difícil efectivizar las leyes y las recomendaciones vinculadas al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población, particularmente, respecto a las mujeres. La lucha no se reduce al plano de los Estados, sino que debe ampliarse para revisar la trama social a la cual sirve este orden de las cosas. Las leyes aquí analizadas y celebradas, promueven la subversión de las personas respecto a un sistema en el que la

sujeción de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres son parte del sostenimiento de jerarquías de género, raciales, étnicas, de clase y regionales (Segato, 2010).

¿Cómo construir una política de sexualidad que reconozca las diversas expresiones de vida de las mujeres, especialmente las de las más desposeídas, desde una mirada interseccional? ¿Cómo desarmar esa violencia moral implantada por la modernidad, que obstruye cualquier corrimiento de lo aprendido como buenas costumbres? ¿Cómo desocultar lo que parece que *siempre fue así*, revelándolo en su orden histórico? ¿Cuáles son los desafíos que tenemos, desde el Sur, en los países latinoamericanos, y en la provincia, para cambiar este orden que oprime a las mujeres? ¿Cuál es la tarea *con* las mujeres, *en* y *desde* sus territorios?

Como expresa Giulia Tamayo⁵³ (citada por Rostagnol, SeriAs para el Debate N°5, 2007: 50), las formas históricamente más certeras para despojar a las mujeres del poder para controlar sus vidas ha sido negarles su capacidad para interpretar sus experiencias, narrar sus historias y simbolizar sus anhelos. Se minoriza a las mujeres, confinándolas al espacio doméstico, quitándole al mismo toda politicidad, todo valor para la construcción y las definiciones vinculadas a la vida de las comunidades, y se les sustrae, a través de las políticas, el derecho al control sobre sus cuerpos Rita Segato (2016: 93) hace referencia a la representación y a la posición de las mujeres en el pensamiento social, tratándolas como *menores de edad*, reservando sus asuntos al ámbito de lo privado, y a considerarlos como temas *minoritarios*, poco importantes.

Rita Segato (2011) explica estos cambios dando cuenta cómo la colonialidad modifica peligrosamente las relaciones de género: los varones asumen el papel de intermediarios con el mundo exterior –ante los colonizadores- y ello los hiperinflaciona –les da estatus- en tanto representantes de su comunidad en la esfera pública pero, al mismo tiempo, los sujeta al dominio del colonizador. La autora plantea que los varones reciben un mandato que les exige estar permanentemente mostrando y demostrando ser potentes sexual, moral, política, económica, bélica e intelectualmente. Cuando no pueden dar cuenta de su *potencia* y son victimizados por el avance del capitalismo sobre sus vidas, la violencia es un modo de recuperar control. Restauran, así, su autoridad, su

⁵³Abogada feminista. Inició su trabajo en el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, donde afianzó su compromiso con la defensa de los derechos de las mujeres. Integró el Comité de América Latina y el Caribe (CLADEM). Su trabajo como investigadora del CLADEM fue clave en el descubrimiento y judicialización del caso de las esterilizaciones forzadas ejecutadas durante el régimen de Alberto Fujimori. Su informe dio lugar al documental Nada Personal. Su participación la hizo víctima de acciones intimidatorias y amenazas de muerte desde 1997, y la obligó a exiliarse de su país.

moralidad y soberanía, frente a la embestida de esta colonial modernidad que precariza sus vidas, aunque esto implica hacer esfuerzos cada vez mayores, muchas veces violentos para recolocarse en su posición masculina. Este proceso es violentogénico, porque el varón restaura su masculinidad operando sobre su comunidad. Esto se torna peligroso para la vida de las mujeres, en tanto se profundiza la distancia jerárquica en el sistema de género, y ellas (nosotras) se vuelven más vulnerables a la violencia masculina (Isac y Canevari, 2017).

Silvia Rivera Cusicanqui ha documentado, en los Andes, un sistema de género en el que las mujeres tenían derechos públicos y familiares más equilibrados con sus pares varones, los que comienzan a ser trastocados tan solo en décadas recientes:

Estas prácticas muestran la lenta internalización del modelo hegemónico de familia en el tejido de las comunidades indígenas, y el rápido cambio de conductas - demográficas, sociales, culturales- que ellas han experimentado en el último medio siglo por su inserción trunca y falaz en la modernidad (...) la 'modernidad' (...) contribuyó a crear una imagen maternalizada de las mujeres, en la que resultaban desvalorizados sus saberes como pastoras, tejedoras y ritualistas. Como resultado de ello, las nuevas generaciones Qaqa se casan mucho más temprano, y las mujeres se han dedicado a tener más hijos para obtener el apoyo y reconocimiento social que han perdido por la crisis del pastoreo, el deterioro de la actividad textil y la dispersión de las familias. (2014:123)

En este sentido, es necesario barajar y dar de nuevo, visitar la configuración de las políticas de sexualidad en este contexto de continuidad de la colonial modernidad. Es importante emprender varias tareas para descolonizar nuestro pensamiento⁵⁴. Podemos empezar por identificar dónde están reactualizándose las narrativas únicas: la argumentación de la ideología de género para demonizar las luchas feministas; el recrudescimiento del control sobre los cuerpos de las mujeres por la Iglesia Católica (reeditando todos los años la celebración del Día del Niño por Nacer, en contra del aborto); la persecución a mujeres por dar de mamar en espacios públicos; la violencia a todas las expresiones del colectivo LGTBQ en las calles, en las escuelas; la impunidad en casos de violación de niñas wichi⁵⁵; la muerte de un niño de la comunidad Qom por racismo⁵⁶; la detención de una joven tucumana acusada de haberse provocado un aborto

⁵⁴ Yuderky Espinosa; Miñoso, Diana Gómez Correal y Karina Ochoa Muñoz plantean que su experiencia en Abya Yala (América Latina) ha permitido un giro epistemológico para analizar la opresión, generando nuevas formas de hacer política (cómo, desde dónde, con quiénes) y nuevos horizontes hacia los que avanzar, pensando qué es lo que se intenta cambiar, para qué sociedad y desde qué concepción de la vida (2014: 27).

⁵⁵<http://www.eltribuno.info/salta/nota/2016-6-7-1-30-0-otra-nina-wichi-senalo-a-los-acusados-de-la-violacion>
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10633-2016-06-11.html> Recuperado el 6 de Abril de 2017.

⁵⁶<http://opinion.infobae.com/diego-rojas/2015/01/08/quien-es-responsable-por-la-muerte-del-nino-qom/> Recuperado el 6 de Abril de 2017.

(hoy libre porque no había ninguna prueba de ello⁵⁷); la muerte de una niña de 15 años mientras daba luz a su segundo hijo (habiendo tenido el primero a los 12 años⁵⁸); los obstáculos para acceder al parto domiciliario, para parir de otras formas, aprendidas ancestralmente. La enumeración podría seguir.

Otra tarea (nos) señala la necesidad de retornar a las comunidades, recuperar los saberes de las mujeres, sus historias, desarmar los esquemas patriarcales y coloniales que nos han dicho que ellas no saben, que no quieren, que no pueden, que no entienden. El feminismo decolonial ha hecho un aporte ético, político y metodológico para emprender esta tarea de *volver a casa*, para volver a mirar allí lo que, en tanto colonizadas, hemos desestimado.

El Estado, con su marca patriarcal, se muestra imposibilitado para cumplir la promesa de alcanzar la igualdad, porque las mujeres seguimos en un lugar relegado en su agenda. Es por fuera del Estado, y con las mujeres, custodias de los vínculos, rearmando de otra forma las familias, los afectos y la vida comunitaria, que se hace posible generar lazos de sostén, apoyo, política y lucha.

La tarea ética y política que nos compete, a quienes hacemos ciencia, es mirar las claves teóricas desde donde construimos el conocimiento situado, es ponernos a disposición, escuchar las interpretaciones que las mujeres hacen de sus experiencias, de sus padeceres, sus dolores y preocupaciones, recuperar sus formas de tejer vínculos y conocimientos, como camino para construir una epistemología contrahegemónica al proyecto patriarcal, racista, colonial, extractivista, vigente en nuestros pueblos.

“Romper las reglas es una obligación ética”

Gayatri Chakravorty Spivak
(Calcuta, 1942)

⁵⁷<https://www.pagina12.com.ar/28508-quien-me-devuelve-los-tres-anos-que-pase-presa>. Recuperado el 6 de Abril de 2017.

⁵⁸<http://www.launiondigital.com.ar/noticias/190209-salta-murio-una-nena-15-anos-mientras-daba-a-luz-a-su-segundo-hijo>
Recuperado el 7 de Octubre de 2017.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila, Elena. 2003. *Aborto y ética feminaria re- Imaginada* N°7. Octubre del 2003.
- Aguado, Ana María y otras. 2000. *Las relaciones de género y la nueva historia social. Identidad social y prácticas culturales*. En: Los nuevos sujetos históricos: perspectivas de fin de Siglo. Universitat de Valencia.
- Aguiar, Janaína Marques de. 2010. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo. Departamento de Medicina Preventiva. San Pablo, Brasil.
- Aguirre, Rosario. 1997. *El maternalismo en las políticas sociales*. En: Isis Internacional Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, (25) 1, 87-100.
- Alonso, Bernardo; Castagnaro, Atilio; Mirabella de Miotti, Marta y Romero de Figueroa, Teresa. 1998. *Humanización de la Atención Perinatal. Experiencia en el Instituto de Maternidad de Tucumán*. Tucumán.
- Anzorena, Claudia. 2006. *Políticas públicas dirigidas hacia mujeres: la intervención del Estado como regulador de las sexualidades*. Unidad Sociedad, Política y Género, INCIHUSA-CONICET, Mendoza, Argentina. Anales del VII Seminario Haciendo Genero.
- _____. 2013. *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. EDIUNC.
- Arenas, P. Isac, R. L. Vivanco (2003). *Violencia institucional, género y salud en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, San Miguel de Tucumán*. Margen 35. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Texto Completo Investigación. www.margen.org/sumario. <https://www.margen.org/suscri/margen35/tucuma.html>. Recuperado el 12 de Abril de 2017.
- Arenas, P., Isac, R. y L. Vivanco (2003). *Violencia Institucional, género y salud en la Maternidad Ntra. Sra. de las Mercedes*. San Miguel de Tucumán. Ediciones RUNA. CDROM. 140 pág. Segunda Edición corregida y aumentada. ISBN 987-21391-0-1

- Arenas. 2003. *Parir en el infierno*. Entrevista en Pagina 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-29564-2003-12-21.html>. Recuperado el 12 de Abril de 2017.
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa y Canevari, Cecilia. 2008. *Los servicios públicos de salud como espacio de enseñanza - aprendizaje: el caso de una maternidad pública en Santiago del Estero*. En: IX Congreso Argentino de Antropología Social "Fronteras de la Antropología". ISBN 978-950-579-119-4 Antropología Social CDD 306. <http://www.caas.org.ar/>
- _____. 2011. *La salud de las Mujeres en Santiago del Estero: pobreza, políticas y derechos*. Publicación Anual: La Investigación en la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud. Editado por la FHCSyS. Santiago del Estero.
- Arenas, Patricia, Cecilia Canevari, Rosa Isac y Virginia Palazzi. 2017. *Grietas y tensiones dentro del Estado. Las trampas patriarcales para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos*. En: Arenas, Patricia (Comp.) Acceso a la Justicia. Escenarios, procesos y actores. PICTO CIN-060. Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica, FONCYT (en preparación).
- Attali, Jacques. 1981. *El orden caníbal: vida y muerte de la medicina*. Editorial Planeta.
- Badillo Romero, Priscila. 2014. *Las opiniones de los/as obstétricos/as sobre el parto vertical*. Trabajo final para la obtención del título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud.
- Barbieri, Teresita de. 1993. *Sobre la categoría de género. Una aproximación teórica metodológica*. En: Debates en Sociología N° 18. Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Ciencias Sociales.
- Beauvoir, Simone. 2005. *El Segundo Sexo*. 2° Edición. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
- Bodelón, Encarna. 2014. "Violencia Institucional y Violencia de Género". En: Anales de la Cátedra Francisco Suárez, 48 (2014), 131-155. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de derecho. Grupo de investigación Antígona.
- Bonan, Claudia. 2001. *Política y conocimiento del cuerpo y la estructuración moderna del sistema de género*. Doctorante en Sociología e Antropología. Universidade Federal do Río de Janeiro – Brasil.

- _____. 2003. *Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea*. Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ/ Brasil. Material preparado por la autora para el Seminario “Análisis comparado de Legislación, Políticas Públicas e Instituciones orientadas hacia el logro de la Equidad de Género”. PRIGEPP-FLACSO.
- Bourdieu, Pierre. 1972. *Esquisse d'une theorie de la pratique*. Droz. Genève, Paris.
- _____. 1980. *Le sens pratique*, Minuit, Paris. (Trad. esp. en ed. Taurus, 1992).
- _____. 2000. *La dominación masculina*. Anagrama. Colección Documentos.
- _____. 2004. *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa.
- Bourdieu, Pierre, Chamboredon, Jean-Claude y Passeron, Jean-Claude. 1975. El oficio del sociólogo. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Branciforte Laura. 2009. *La Maternidad: el tránsito desde la tradición a la elección en la edad contemporánea*. En: Cuadernos Kóre, ISSN-e1889-9285, N° 1, 2009, págs.41-52. Universidad Carlos III de Madrid.
- Burin, Mabel. 1987. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Edición Librería de Mujeres. Ciudad de Buenos Aires.
- Camacaro Cuevas, Marbella. 2000. *La experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Universidad de Carabobo, Maracay.
- _____. 2009. *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, junio, 2009, vol.14, N°32, p. 147- 162.
- _____. 2010. *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo, Valencia.
- _____. 2012. *La obstetricia desnuda. Una ruptura epistémica*. Universidad de Carabobo, Valencia.
- Camacaro Cuevas, Marbella; Naranjo, María; AbouOrm Saab, Karina. 2015. *Comprensión socio-ética sobre violencia de género del personal médico de atención primaria*. Estado Aragua, Venezuela. Comunidad y Salud, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, pp. 25-31 Universidad de Carabobo Maracay, Venezuela.
- Canevari, Cecilia, Arenas Patricia e Isac, Rosa. 2008. *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*. IX° Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IV° Congreso Iberoamericano de Estudios de Género.

- Organizado por la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional de Córdoba, la Universitat de les Illes Balears, España y la Municipalidad de Rosario. Rosario. Publicado en las Actas del Congreso (CD) ISBN 979-950-673-678.
- Canevari, Cecilia. 2011. *Cuerpos Enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. - 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE. ISBN 978-987-9447-14-7
- Canevari, Cecilia; Arostegui, Julieta; Righetti, Natalia y Vallejos, Clara. 2014. *Informe final del Estudio Multicéntrico: Hacia la identificación de prácticas de violencia obstétrica en el marco de la Ley Nacional 26.485*. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación (Inédito).
- Canevari, Cecilia e Isac, Rosa. 2016. *Territorios de violencia patriarcal: doce años de femicidios en Santiago del Estero (2002-2014)*. Revista trabajo y sociedad. Número 26. Pág. 257-284. <http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/> ISSN N°1514-6871
- Calvera, Leonor. 1990. *Mujeres y Feminismo en la Argentina*. Buenos Aires GEL.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. 2014. *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, págs. 37-42. ISSN 1405-6704
- Cepeda, Agustina. 2008. *Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006)*. Publicación del Posgrado en Ciencias Sociales UNGS-IDES. Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, n° 2, julio.
- CLADEM Perú. 1998. *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Elaborado por Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM) Centro legal para derechos reproductivos y políticas públicas (CRLP). Lima, Perú.
- _____. 1999. *Nada Personal. Reporte sobre derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. 1996-1998*. Elaborado por Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM). Lima, Perú.
- CLADEM Argentina. 2003. *Con Todo al Aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Realizado por INSGENAR

y CLADEM, editado por INSGENAR y financiado por IWHC (Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres). Autoras: Abogadas Susana Chiarotti, Mariana García Jurado, Analía Aucía y la Trabajadora Social Susana Arminchiardi. Rosario. Argentina.

Correa, Sonia; Petchesky, Rosalind. 1994. *Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective*. En G. Sen, A. Germaine y L. Chen (coords.), *Population Policies Reconsidered*, Cambridge, Harvard University Press.

Correa, Sonia; Parker, Richard. 2004. *Sexualidad, derechos humanos y pensamiento demográfico. Convergencias y divergencias en un mundo cambiante*. Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 57, septiembre-diciembre, 2004, pp. 497-541. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Curiel, Ochy. 2010. *El régimen heterosexual y la nación. Aportes del lesbianismo feminista a la antropología*. En: I Jornada de Feminismo, (Pos) colonialidad y Hegemonía. Descolonizando el feminismo en y desde América Latina, realizada el 29 de octubre del 2010 en Buenos Aires, organizado por el Grupo Latinoamericano de Formación y Acción Feminista (GLEFAS) y el Instituto de Altos Estudios Sociales (IDEA).

Curioni, Miguel Ángel (2014) *El problema del aborto en Santiago del Estero. Su magnitud, costos humanos, sociales y económicos*. Tesis de Maestría en Salud Pública. UNC. Córdoba. <http://saludpublica.biblio.unc.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=2650> Recuperado agosto 2015.

Davis Floyd, R.; Sargent, C. 1997. *Introduction*. En: *Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd, R; Sargent, C. (eds) Berkeley y Los Angeles, Universidad de California.

Darré, Silvana. 2008. *Maternidades inapropiadas. La construcción de lo "inapropiado" y sus transformaciones en cinco dispositivos pedagógicos. Buenos Aires 1920 – 1980*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Directora Dora Barrancos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -Sede Académica Argentina Programa de Doctorado en Ciencias Sociales.

Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. 1985. Publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM.

- Diniz, Carmen Simone Grilo. 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. São Paulo. Disertación de Maestría – Facultad de Medicina - USP.
- _____. 1998. *O que Funciona e o que é Justo: Notas sobre a Violência na Assistência ao Parto*. En: Textos do Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência.
- _____. 2005. *Humanización da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos em movimento*. Ciencia e Saúde Coletiva. Julio - Septiembre, año/vol. 10, número 003. Asociación Brasileira de Pos Grado en Salud Colectiva. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 627-637.
- Diniz, Carmen Simone Grilo, D'Olivera A. F. 1998. *Gender Violence and Reproductive Health*. Intl Journal Gyn & Obst. 63 Suppl.1 (1998) S33-42.
- Espinosa Miñoso, Yuderkys. 2009. *Etnocentrismo y colonialidad en los feminismos Latinoamericanos: Complicidades y consolidación de las hegemonías feministas en el espacio transnacional*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 14 (33), 37-54. Recuperado en 20 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000200003&lng=es&tlng=es
- Espinosa Miñoso, Yuderkys; Gómez Correal, Diana; Ochoa Muñoz, Karina (Editoras). 2014. *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Editorial Universidad del Cauca <https://canalcultura.org/2017/03/08/mirar-hacia-adentro-y-retornar-a-casa-dialogo-con-yuderkys-espinoza-minoso/> Recuperado 5 de abril de 2017
- Feijoó, María del Carmen. 2002. *Familia y Género. Aportes a una política social integral*. Banco Mundial – Consejo Nacional de las Mujeres. Argentina.
- Femenías, María Luisa. 2008. *Violencia contra las mujeres: urdimbres que marcan la trama*. En: Elida Aponte Sánchez y M. Luisa Femenías. Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres. 1º Edición. Editorial Universidad Nacional de la Plata. La Plata, Buenos Aires.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth. 2007. *La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y las condiciones de*

trabajo en salud. Gerencia y Política de Salud. Enero-Junio, año/Vol. 6, número 012. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

- _____. 2008. *La visibilización de la violencia de género: reto para la política pública y para el saber sociodemográfico*. Papeles de Población, vol. 14, núm. 58, octubre-diciembre, pp. 209-230 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.
- Fernández, Ana María. 1994. *La Mujer de la Ilusión. Pactos y Contratos entre hombres y mujeres*. Editorial PAIDÓS. Buenos Aires, Argentina.
- _____. 2004. *Historias de Infancias*. En: *Hacerse mujeres, hacerse hombres*. Dispositivos pedagógicos de Género. Editor Carlos Iván García Suárez. Siglo del Hombre, Editores. Departamento de Investigaciones de la Universidad Central, Casa de la Mujer, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.
- Fonseca, Claudia. 2000. *Familia, fofoca e honra. Etnografía de relaciones de género e violencia en grupos populares*. Ed. Da Universidade, UFRGS, Brasil.
- Fornes, Valeria L. 2009. *Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto* En: 1er. Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las violencias de género. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, mayo.
- _____. 2010. *Entre el instinto y el derecho: Representaciones de la maternidad en la humanización del parto*. VI Jornadas de Investigación en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires
- _____. 2011. *Parirás con poder... (Pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea*. En Karina Felitti (Coordinadora) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Foucault, Michel. 1992. *Microfísica del Poder*. Tercera Edición. Ediciones La Piqueta. España.
- _____. 1984. "El juego de Michel Foucault". En *Saber y Verdad*. Ediciones La Piqueta, pp. 127-162. Disponible en www.con-versiones.com.ar/nota0564htm
- _____. (1977/1978). Entrevista publicada en la revista *Ornicar?*, núm. 10, julio 1977, pág. 62. Traducción al castellano: Javier Rubio para la Revista *Diwan*, Nros. 2 y 3, 1978, págs. 171-202.

- _____. 2008. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- _____. 2011. *Historia de la sexualidad. 2. La voluntad de saber*, 2° Edición. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- _____. 2011. *Historia de la sexualidad. 3. La voluntad de saber*, 2° Edición. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- _____. 2012. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*, 2° Edición. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Gagnon, John y William Simon. 1973. *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*. Illinois, Aldine.
- Ghasarian, Christian. 2008. *Por los caminos de la etnografía reflexiva*. En: De la etnografía a la antropología reflexiva. Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas. Serie Antropológica Ediciones del Sol. 1° Edición. Buenos Aires.
- Gogna, Mónica (compiladora). 2005. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES –UNICEF.
- Guber, Rosana. 2004. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. 1° Edición. Paidós. Buenos Aires.
- Guzmán, Virginia. Araujo, Katia - Mauro, Amalia. 2000. *El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas*. En: Revista de la CEPAL 70. Abril 2000. HERRAMIENTAS CONCEPTUALES. SÉRIE ANTROPOLOGIA 404. Brasilia
- Hengehold, Laura. 1994. Una propuesta imprudente: Foucault, la histerización y la “segunda violación”. En: *Hypatia*, vol. 9 (1994) 3, pp. 88-107. Traducción de Marta Rodríguez Bustamante.
- Hernando, Almudena. 2015. *Identidad relacional y orden patriarcal. En: Mujeres, Hombres, Poder. Subjetividades en conflicto*. Editorial Traficantes de sueños.
- Fundación Perseu Abramo. 2010. *Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado. Investigación*.
- Isac, Rosa. 2005. “*La construcción de políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Argentina. Análisis de configuración de una experiencia local*”. 3° Seminario Obligatorio. Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones

orientadas hacia el logro de la equidad de género. PRIGEPP- FLACSO. Coordinadora Virginia Guzmán. Inédito.

_____. 2006 a. *“Los sentidos de la globalización y sus implicancias para las mujeres latinoamericanas. Desenredando perspectivas”*. 1º Seminario Obligatorio Globalización y Género. PRIGEPP-FLACSO. Coordinadora Gloria Bonder. Inédito.

_____. 2006 b. *“Tejiendo consensos para la equidad de género en el abordaje de la violencia contra la mujer. Una experiencia local”*. 4º Seminario Obligatorio Programación Estratégica, Análisis Prospectivo y Tecnologías para el cambio organizacional, la gestión y evaluación de Políticas de Equidad de Género. PRIGEPP – FLACSO. Coordinadora Mónica Rosenfeld. Inédito.

_____. 2007. *“El Género en las Políticas de Salud en Santiago del Estero”. Diagnóstico y Planificación Estratégica con Perspectiva de Género”*. Seminario de Especialización Construyendo políticas públicas en salud con perspectiva de Género: de las teorías a las prácticas. PRIGEPP- FLACSO. Coordinadora Débora Tajer. Inédito.

_____. 2008. *“Entre la Maternalización de las políticas públicas en contra de la pobreza y los efectos no buscados: el Plan Jefas y Jefes de Hogares Desocupados. Análisis de caso en Santiago del estero”*. Seminario de especialización Pobreza, Globalización y Género: avances teóricos, de investigación y estrategias. PRIGEPP-FLACSO. Coordinadora Rosario Aguirre. Inédito.

_____. 2010 a. *“Protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia sexual. El arte de tejer. Construyendo un modelo de trabajo local.”* En: Jornada “Violencia hacia las Mujeres. Sexualidad y reproducción. Políticas Públicas y Modelos de Intervención. Organizada por Centro de Encuentros Cultura y Mujer (CECYM) y auspiciado por Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. 4 y 5 de Noviembre de 2010. Buenos Aires. Inédito.

_____. 2010 b. *“La Maternalización de las políticas públicas: las mujeres entre ocupantes y conquistadores”*. Artículo preparado para ser presentado en Jornadas Bicentenario de la Revolución de Mayo - 8º Jornada "Formas de presencia y reconocimiento [o no reconocimiento] de la mujer en la historia argentina". Organizada por la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud.

Universidad de Santiago del Estero y con el auspicio de la Secretaría de Cultura de la Provincia de Santiago del Estero. Inédito.

- _____. 2014 a. Informe “El Estado Cuenta. Gestión 2005 – 2013. De la problematización de las violencias contra las mujeres en el espacio público a la construcción de una Agenda Política de Género”. Elaborado por la Dirección de Género de la Provincia, perteneciente a la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia. Marzo 2014.
- _____. 2014 b. Informe “El Estado Cuenta. Un análisis de una década de Femicidios en la Provincia de Santiago del Estero (2002 – 2012). Elaborado por la Dirección de Género de la Provincia, perteneciente a la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia. Marzo 2014.
- Isac, Canevari, Arenas. 2010. El cuerpo de las mujeres como campo de disputa por los Derechos sexuales y reproductivos. En: X Jornadas de Historia de las Mujeres y V Congreso Iberoamericano de Género, Luján, Argentina. 16 al 18 de septiembre de 2010. *Año del Bicentenario*.
- Isac, Rosa y Cecilia Canevari. 2011. La ruta crítica para el acceso a los derechos reproductivos: el acceso a la ligadura tubaria. En: 4º Encuentro de Género y Pobreza de Argentina, "Perspectivas Actuales de las Desigualdades de género y pobreza de Argentina". Organizado por Observatorio de Género y Pobreza en Argentina; UNFPA; AECID; UBA; Ministerio de Relaciones Exteriores; INDES; Facultad e Humanidades UNSE; Dirección de Género, Subsecretaria de Derechos Humanos. Noviembre 2011.
- _____. 2017. Tiempos modernos. Mujeres, violencias y derechos en Santiago del Estero. En prensa.
- Jordan, B. 1979. *Birth in Four Cultures: a Cross-Cultural Investigation in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. 4ª Edición. Prospect Heights, Ill. Waveland Press.
- Kabeer, Naila. 1998. *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM; Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, y Editorial Paidós Mexicana, S.A.

- Knibiehler, Ivonne. 2001. *Historia de las madres y de la Maternidad en Occidente*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2003. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Autónoma de México. México DF.
- Langer, Ana. 2003. *Salud Sexual y Reproductiva: dónde estamos a casi una década después de El Cairo*. En: Salud reproductiva: temas y debates. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Lins Ribeiro, Gustavo. 1988. *Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica*. En: Boivin, Rosato y Arribas (comp.): Constructores de Otredad. Eudeba, Buenos Aires, Pág. 232-237.
- Lugones, María. 2008. *Colonialidad y Género*. En: Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.9: 73-101, julio-diciembre 2008. ISSN 1794-2489
- Menéndez, Eduardo. 1984. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención en salud*. En: Cuadernos de la Casa Chata, N° 86, CIESAS.
- _____. 1988. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
- Mignolo, Walter. *Género y descolonialidad*. 2a ed. – Ediciones Del Signo, 2014.
- Miguel Álvarez, Ana de. 2007. *El feminismo como referencia de legitimidad para las mujeres*. En: Crítica N° 943. Marzo. Facultad de Sociología, Universidad de A Coruña.
- Millet, Kate. 1975. *Política Sexual*. Aguilar Editor. Edición mexicana.
- Miranda, Marisa. 2011. *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina*. Editorial Biblos.
- Mohanty Chandra Talpade. 2008. *Bajo los Ojos de Occidente: Feminismo Académico y Discursos Coloniales*. En: Suárez Navaz, Liliana y Rosalva Aída Hernández Castillo. (Editoras). *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes*. CATEDRA. ISBN 9788437624693. 1° Edición. Madrid.
- Molina, Claudia. 2006. *Políticas de Maternidad en la Argentina*. En: Políticas públicas y movimientos de mujeres en el cono sur desde la perspectiva de género. Universidad Nacional de la Plata.
- Nari, Marcela. 2004. *Políticas de Maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890 – 1940*. Editorial Biblos.

- Nugent, Guillermo. 2005. *El Orden Tutelar. Para entender el conflicto entre sexualidad y políticas públicas en América Latina*. En: La trampa de la moral única. Editorial Línea Andina.
- _____. 2010. *El orden tutelar: sobre las formas de autoridad en América Latina*. Centro de estudios y promoción del desarrollo, Desco. CLACSO Editorial.
- Odent, Michel. 2009. *La cesárea. ¿Problema o solución?* La liebre de marzo, Editorial. Barcelona.
- Ortiz, Renato. 2004. *Taquigrafiando lo social*. Siglo XXI. Editores, Argentina.
- Pateman, Carol. 1995. *El contrato sexual*. Barcelona, Anthropos.
- Paz Andrea. 2017. *Parto Respetado: Aguantate sola*. En: Revista Anfibia. <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/parto-respetado-aguantate-sola/> Recuperado el 14 de Marzo del 2017.
- Pecheny, Mario; de la Dehesa, Rafael. 2011. *Sexualités et politiques en Amérique latine*. Amérique Latine: l'Amérique latine est bien partie. Paris: La Documentation Française. p150 - 171. ISBN 9782110083418
- _____. 2011. *Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión*. Sexualidad y política en América Latina: historias, intersecciones y paradojas. Río de Janeiro: SPW. 2011. p31 - 79. isbn 978-85-88684-52-2.
- Petchesky, Rosalind Pollack. 1985. *Abortion and Woman's Choice*. London: Verso
- _____. 2000. *Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping An International Practice*. En Framing the Sexual Subject, ed. Richard Parker, et al. (University of California Press, 2000), p. 81-103. Traducido por Cladem, 2002.
- Provoste, Patricia. 1995. *La construcción de las mujeres en la política social*. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.
- Ramos Silvina. 1984. *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. CEDES.
- Rattner, D. 1996. *Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do estado de São Paulo, Brasil*. Rev. Saude Pública, v.30, n.1, p.19-33.
- _____. 2005. *Reflexões sobre qualidade e humanização*. In D. Rattner & B. Trench (Eds.), *Humanizando nascimentos e partos* (pp. 23-32). São Paulo, SP: Editora do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.
- _____. 2009. *Humanización en la atención a nacimientos y partos: breve referencial teórico*. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.595-602.

- OMS. Recomendaciones para la conducción de trabajo de parto. 2015.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2014. *La noción de 'derecho' o las paradojas de la modernidad postcolonial: indígenas y mujeres en Bolivia*. En: Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala. Editoras: Yuderkys Espinosa Miñoso, Diana Gómez Correal, Karina Ochoa Muñoz – Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- _____. 2015. *Contra el colonialismo interno*. Revista Anfibia. Universidad Nacional de San Martín. <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/contra-el-colonialismo-interno/> Recuperado el 20 de marzo de 2017.
- Rostagnol, Susana. 2005. *Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino*. Otras Miradas, vol. 5, núm. 2, diciembre, 2005, p. 0 Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- _____. 2007. *¿Los pobres y las pobres tienen derecho a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos?* En: SeriAs para el Debate N°5. Lima, Perú.
- _____. 2008. *El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay*. En: Kathya Araujo y Mercedes Prieto, editoras. Estudios sobre sexualidades en América Latina
- Rostagnol, Susana y Viera, Mariana. 2006. *Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud*. Estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. Presentado en el Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores públicos de salud. Trato humanizado. Organizado por CLADEM e INSGENAR. Septiembre, Rosario.
- _____. 2006. *Abortos y maternidades. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas*. En: Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República. Montevideo, Organizado por la Red Temática Universitaria de Estudios de Género- UDELAR. Publicación en Formato CD.
- Sadler, Michelle. 2004. *Así nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto humanizado*. En: Nacer, Educar, Sanar. Miradas desde la antropología del género. Catalonia. Santiago de Chile.

- Schmukler, Beatriz; Di Marco, Graciela. 1997. *¿Por qué las Madres?*. En: Madres y Democratización de la Familia en la Argentina Contemporánea. Editorial Biblos. Biblioteca de las Mujeres.
- Scott, Joan W. 1996. *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas, Marta (Compiladora): PUEG, México. 265-302p.
- Segato, Rita (2016) *Pedagogía de la crueldad en un mundo de dueños*. Entrevista. En: Resumen Latinoamericano.
<http://www.resumenlatinoamericano.org/2016/07/08/pedagogia-de-la-crueldad-en-un-mundo-de-duenos-la-antropologa-rita-segato-reflexiona-sobre-la-violencia-hacia-las-mujeres-y-la-cultura-de-la-dominacion>. [Recuperado en Septiembre de 2017].
- _____. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia*. Serie Antropológica 334. Brasilia.
- _____. 2006. *Racismo, Discriminación y Acciones Afirmativas*. Serie Antropología 404. Brasilia.
- _____. 2010. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Editorial Prometeo.
- _____. 2011. *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Ediciones Godot- Colección Crítica.
- _____. 2013. *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por la demanda*. Editorial Prometeo.
- _____. 2013. *Indagaciones sobre violencia y género. Construyendo nuevas categorías*. En: Al Sur de Todo. Revista Multidisciplinaria de Género Revista N°2. Octubre del 2013. <http://www.alsurdetodo.com/?p=336> Recuperado el 20 de Marzo de 2017.
- _____. 2016. *La construcción del otro como antagónico es letal*. En: Enredando. Comunicación Popular. <http://www.enredando.org.ar/2016/09/18/rita-segato-la-construccion-del-otro-como-antagonico-es-letal/>. Recuperado el 2 de Abril de 2017.
- _____. 2016. *La guerra contra las mujeres*. Edición Traficantes de Sueños.

- _____. 2017. *Una nueva era de la política*. En: <https://www.pagina12.com.ar/23912-es-una-nueva-era-de-la-politica>. Recuperado el 6 de Abril de 2017.
- Spivak, Gayatri. 2008. *Estudios de la Subalternidad*. En: Estudios Poscoloniales. Ensayos fundamentales. Edición Traficantes de Sueños. Madrid.
- _____. 2017. Entrevista realizada en el marco del seminario “Los velos de la violencia: Reflexiones y experiencias étnicas y de género en Chile y América Latina”, organizado por la Cátedra Indígena, UChile Indígena, el Centro Interdisciplinario Estudios Género (CIEG), de la Facultad de Ciencias Sociales y financiado por la Iniciativa Bicentenario JGM de la Universidad de Chile. Mayo.
- Stolke, Verena. Ed. 1993. *Mujeres invadidas. La sandre de la conquista de América*. Vols. 36(1). Madrid: horas y HORAS, Editorial feminista. <http://www.alsurdetodo.com/?p=336>
- Tambiah, Yasmín. 2004. *Sexualidad y derechos humanos*. Serias para el Debate. 2003. Campaña para la Convención de los derechos sexuales y reproductivos. Lima, Perú.
- Tábor, Rocío. 2001. *Desde nuestros cuerpos: hacia una nueva lectura de la política, la democracia y la sexualidad*. En: Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible 3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Centroamérica. 1ª.ed. –Tegucigalpa. PNUD.
- Talpade Mohanty Chandra. 2008. *Bajo los Ojos de Occidente: Feminismo Académico y Discursos Coloniales*. En: Descolonizando el Feminismo. Teorías y Prácticas desde las Márgenes. Editorial Cátedra. Madrid, España.
- Tarducci, Mónica (Organizadora) 2008 *Maternidades en el siglo XXI*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Torres, Lucas Emanuel (2015). Análisis de la situación actual del servicio doméstico en la ciudad de Santiago del Estero. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tornquist Carmen. 2001. *Paradoxos da Humanização: Análise de uma experiência de Humanização do Parto em Florianópolis*. Mimeo.
- Valladares Tapuyanta, Lola Marisol. 2003. *Derechos sexuales*. Serias para el Debate. Campaña para la Convención de los derechos sexuales y reproductivos. Lima, Perú.

- Vargas Valente, V. 2002. *Itinerario de los otros saberes*. (Postfacio) En: Daniel Mato (coord.) *Estudios y Otras Prácticas Intelectuales Latinoamericanas en Cultura y Poder*. Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y CEAP, FACES, Universidad Central de Venezuela. pp.: 373-382.
- Velasco, H. y A. Díaz de Rada. 1997. *Una segunda aproximación al modelo de trabajo en Etnografía. La dimensión epistemológica y crítica*. En: *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Editorial Trotta. Valladolid. Cap. 7. pp. 213-251.
- Videla, Mirta. 2010. *Maternidad, mito y realidad*. Editorial Koyatun. CABA, 1ª edición.
- Videla Mirta. 2016. Entrevista realizada a Mirta Videla por Silvia Marchant. en:http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/sitios_catedras/296_psicologia_ciclo_vital1/material/referentes/videla_mirta.pdf. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016.
- Wagner, Marsden. 1995. *A global witch-hunt*. *Lancet* 10/14/1995, Vol. 346 Issue 8981, p1020. 3p.
- _____. 1998. *The Public Health versus Clinical Approaches to Maternity Services: The Emperor Has No Clothes*. *Journal of Public Health Policy*. Vol. 19, No. 1, pp. 25-35
- _____. 2000. *El nacimiento en el próximo milenio*. Conferencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, 20-22 de octubre, Jerez de la Frontera, Cádiz.
- _____. 2000. *Choosing caesarean section*. *Lancet*, 00995355, 11/11/2000, Vol. 356, Fascículo 9242.
- _____. 2006. *El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto*. *Medicina Naturista*, N° 10: 598-610

ANEXO I

Santiago del Estero, 09 de julio del 2016

COMUNICADO

SE PROFUNDIZA LA VIOLENCIA CONTRA FAMILIAS CAMPESINAS E INDIGENAS DE SANTIAGO DEL ESTERO

Desde el Movimiento Campesino de Santiago del Estero (MOCASE) y la Mesa Provincial de Tierra REPUDIAMOS las situaciones de atropello y violencia que están sufriendo varias comunidades y familias campesinas e indígenas de Zorro Huarcuna Dpto. Choya, Sauce Bajada Dpto. Banda, Ovejería Dpto. Pellegrini, y Bajo Hondo (Comunidad de Iaku Cachi) Dpto. J. F. Ibarra, ACOMPAÑAMOS y nos SOLIDARIZAMOS con ellas, y EXIGIMOS urgente solución a estas situaciones que están poniendo en riesgo la vida de las mismas.

Integrantes de las familias de Zorro Huarcuna, paraje ubicado en el Departamento Choya, entre ellos, Mirta Alicia Díaz, su hijo Santiago Guardo, sus sobrinos Sebastián Daniel y Jorge, su nuera Yesica Vera, fueron víctimas de violencia, amenazas y secuestro por parte de un empresario proveniente de la localidad de Temperley, provincia de Buenos Aires que, junto a otras personas que trabajan para él, portando armas como revólveres, cuchillos y machetes, se presentaron en el lote que posee ancestralmente la familia. Mientras desarrollaban sus actividades como todos los días, en este caso se encontraban embolsando el carbón que producen para su sustento, el empresario de apellido Lizárraga y sus empleados a punta de pistola y de otras armas, comenzaron a amenazar con que les quitarían la vida si no hacían lo que les decían, y los quemarían en el horno de carbón. Mirta, de más de 60 años, se encontraba en la vivienda y mientras amenazaban a hijos y nietos la obligaron bajo amenaza a punta de pistola a caminar 6 km junto a su nuera, para subirlas en un virtual secuestro, a la camioneta de Lizárraga y trasladarla hasta una conocida escribanía de la ciudad de la Frías, donde estaba preparada una supuesta cesión de acciones y derechos posesorios de una hectárea (de las 400 que poseen) para Mirta y sus hijos, la cual las hicieron firmar bajo amenaza, constituyendo los mismos varios delitos al mismo tiempo, secuestro, extorsión, amenazas, y todo tipo de violencias.

Otro hecho de características violentas y de extrema gravedad se dio en las localidades de Sauce Bajada y Los Romanos, a unos 15 km al Este de la ciudad Capital, donde muchas de las 200 familias que allí viven se dedican a la cría, a la agricultura familiar, y tienen sus cercos, corrales y zonas de pastoreo que comparten comunitariamente, entre ellos don Julio Armando Luna, uno de los poseedores del lugar, Desde mediados del mes de Mayo de este año comenzaron a usurpar sus posesiones. El ataque de usurpación es violento por donde se lo mire, ya que todo el trabajo se realizó bajo la custodia de UNA BANDA ARMADA y curiosamente las familias denunciaron la inacción de parte de la fiscalía a cargo del Dr. Yagüe que aun con denuncias, videos de amenazas y uso de armas de fuego que se le proporcionaron, no se garantizó una medida cautelar e intervención judicial, sino después de terminado el alambrado. La cara visible del usurpador es Juan Cirilo Saldaño, nativo del paraje vecino La Isla; del que las familias dicen “ninguno de nosotros creemos que este hombre de escasos recursos podría llevar

adelante semejantes trabajos”, por lo que aseguran que “hay alguien con más poder detrás de esto”. El caso de Bajo Hondo en el Dpto. Juan Felipe Ibarra donde desde la Justicia, a cargo de la Dra. Martínez Llanos se ordenó una medida de desalojo de las familias campesinas indígenas de esa comunidad, aportando de esta manera desde la justicia, acciones que permitió ingresar a los campos al empresario Canido, e instalar guardias armadas de casi 50 personas, que no solo amenazaron con todo tipo de armas de fuego y violentaron a las familias de la comunidad, sino que también destruyeron e incendiaron sus bienes con total impunidad. Aun cuando se haya retractado de dicha medida, y se les haya restituido el campo a los compañeros campesinos indígenas, los daños a la vida de las familias, su integridad y sus bienes son irreparables. Los matones de Canido siguen intimidando a las familias realizando disparos alrededor del campo. Cabe recordar el violento episodio ocurrido hace un mes en el Paraje Ovejería, en Dpto. Pellegrini, donde el compañero campesino Sergio Levi Arias, desde hace unos años se encuentra defendiendo sus tierras. El empresario de apellido Bancora, llegó junto a sus empleados al campo, ingreso por la fuerza a la casa de Levi, y atravesó su pecho con un cuchillo de grandes dimensiones, derivando en una compleja intervención quirúrgica, que lo mantuvo luchando entre la vida y la muerte durante un mes. Advertimos una creciente profundización de la virulencia en la apropiación de campos que ancestralmente pertenecen a las familias campesinas e indígenas de Santiago del Estero, con avances de empresarios mediante el uso común de todo tipo de armas y/o guardias armadas en los campos, todo ello acompañado con un lento o casi nulo accionar judicial ante reiteradas denuncias y presentaciones legales. RECLAMAMOS a los poderes del Estado, sobre todo al Poder Judicial y Poder Ejecutivo analizar seriamente esta dura realidad. Y EXIGIMOS que se hagan cargo de estas situaciones, tomando inmediata intervención, activando los mecanismos que les devuelvan a estas comunidades sus territorios que poseen ancestralmente, que solucionen de manera urgente la presencia de bandas armadas en los territorios campesinos e indígenas, y que den las garantías poder seguir viviendo tranquilos y sin amenazas. La inacción ante esta situación nos llevara a gravísimas consecuencias para el sector campesino indígena. Nos preguntamos: ¿Quiénes están detrás de esto? ¿Por qué tanta injusticia? ¿Por qué tanta impunidad? Que la sociedad los juzgue por tanta ambición. NI UN METRO MAS, NI UN MUERTO MAS, LA TIERRA ES NUESTRA! MOCASE – MESA PROVINCIAL DE TIERRA