

**Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social**

**Violencia Obstétrica: el trato deshumanizado hacia la mujer
durante su proceso reproductivo**

Trabajo Integrador Final- Licenciatura en Trabajo Social

Estudiante: Leila Carolina Mori- leilacarolinamori@gmail.com

Directora: Lic. Maya Fugini

Codirector: Lic. Facundo Zamarreño

Rosario, 2020

"Yo sé parir.

Como parieron las mujeres que me precedieron.

Mi madre, mi abuela, mi bisabuela, mi tatarabuela, Y

así hasta la primera mujer.

Lo llevo grabado en mis células.

Es su legado.

Mi cuerpo sabe parir.

Como sabe respirar, digerir, engendrar, andar, hablar, pensar.

Está perfectamente diseñado para ello:

Mi pelvis, mi útero, mi vagina,

son obras de ingeniería

al servicio de la fuerza de la vida.

Yo soy 'la que sabe'.

Y 'la que sabe' me susurra:

*'Cabalga la energía de las contracciones como si fuera el
éxtasis, Loba, leona, hiena, yegua, zorra, gata, pantera... Encuentra tu*

hembra de poder y conviérte en ella'. Y siendo ella, mamífera

todopoderosa, doy a luz."

Mónica Manso

Agradecimientos.

A mi padre Juan, a mi madre Stella, por apoyarme en todo momento, gracias a ellxs por creer en mí y en mis expectativas, por festejar mis logros, por ser el pilar fundamental de lo que hoy soy. A mis hermanos, mi familia.

A mi hija Indira por enseñarme a cuestionarlo todo, mi motor para seguir luchando por una sociedad más justa, por los derechos de las mujeres que nos falta conquistar.

A quien fue mi compañero varios años de la carrera, hoy acompañando desde otro lugar juntxs el crecimiento de nuestra hija.

A mis amigxs, compañerxs de la facultad, compañerxs de la militancia, por tantas anécdotas y días compartidos, por motivarme y acompañarme en este recorrido.

A la Universidad Pública y a lxs docentes que me formaron.

A las mujeres entrevistadas que me brindaron sus experiencias de partos.

A mi directora Maya y a mi codirector Facundo por transmitirme sus conocimientos y guiarme en la escritura de este trabajo.

A Perón, Evita, Néstor y Cristina.

Resumen.

Mori, Leila. Violencia Obstétrica: el trato deshumanizado hacia la mujer en su proceso reproductivo.

Directora: Lic. Maya Fugini

Codirector: Lic. Facundo Zamarreño

Rosario, Escuela de Trabajo Social. Trabajo Integrador Final.

La presente investigación corresponde al Trabajo Integrador Final para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente a la Escuela de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales - Universidad Nacional de Rosario.

En este trabajo se pretende, desde la metodología cualitativa, analizar el proceso de parto establecido por la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 a partir de las percepciones de mujeres que han transitado sus procesos en maternidades de hospitales públicos de la ciudad de Rosario durante el periodo 2015-2019.

Para ello se realiza un recorrido conceptual sobre cómo se constituye la problemática de la Violencia Obstétrica y se retoman entrevistas realizadas a mujeres invitando a cuestionar prácticas naturalizadas con el horizonte de visibilizar y sensibilizar al conjunto de la sociedad sobre la temática abordada y, más específicamente, al colectivo profesional de Trabajo Social.

Palabras claves: Violencia Obstétrica, Parto Humanizado, Derechos, Trabajo Social.

ÍNDICE.

Introducción1

Antecedentes.....5

Capítulo I: Pródromo

Aspectos metodológicos.....8

Objetivo general.....9

Objetivos específicos.....9

Enfoques y perspectivas.....10

Categorías principales para abordar la problemática de la Violencia Obstétrica.....12

Género.....13

Patriarcado.....15

Violencia de Género.....17

Salud.....18

Derechos Sexuales y Reproductivos.....21

Capítulo II: Dilatación

Marco Normativo.....25

Tratados Internacionales.....25

Normativa Nacional.....26

Normativa Provincial.....28

Ordenanzas de la Municipalidad de Rosario.....	29
Estructura del sistema de salud de la ciudad de Rosario.....	31
¿Qué es la Violencia Obstétrica?.....	33
Institucionalización del proceso de parto.....	36
 Capítulo III: Expulsivo	
Trabajo de Campo.....	40
a. Intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres.....	42
b. Pérdida de autonomía.....	43
c. Control y obediencia a la hora de parir.....	45
d. El momento posterior al nacimiento.....	47
e. Heridas que no cicatrizan.....	48
¿Y los partos respetados?.....	49
 Capítulo IV: Alumbramiento	
Perspectivas para pensar la intervención del Trabajo Social en torno a la problemática de la Violencia Obstétrica.....	52
Reflexiones finales	56
Bibliografía.....	59
Anexo.....	64

Introducción

El presente trabajo de investigación se titula **“Violencia Obstétrica: el trato deshumanizado hacia la mujer durante su proceso reproductivo”**. El interés por el tema surge a partir de una experiencia personal: transité las 38 semanas de mi embarazo sin adentrarme en lo que podría haber sido un embarazo, parto y nacimiento respetado. Atravesé el proceso sin tomar dimensión de las huellas y/o consecuencias que dejan en la vida de las mujeres las distintas vivencias en el sistema de salud durante el mismo.

En base a tales experiencias surgieron interrogantes en torno a cómo actualmente transitan las mujeres su experiencia de parto en maternidades de hospitales públicos en la ciudad de Rosario.

De esta manera en este trabajo integrador final se abordará la problemática de la Violencia Obstétrica entendida como “aquella que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y de manera mucho más intensa en el periodo de embarazo, parto y postparto” (Arguedas, 2014:147).

La Violencia Obstétrica se presenta como una de las modalidades en la que se expresa la violencia de género, la cual implica una violación de los Derechos fundamentales de las mujeres, pérdida de autonomía y libertad para decidir sobre sus cuerpos.

En la actualidad, los modos de gestionar procesos de parto y nacimiento desde el Modelo Médico Hegemónico favorecen modos de desconexión con la capacidad natural de parir. En la sociedad patriarcal y capitalista en la que vivimos, donde todo sucede rápido, no hay tiempo ni lugar para partos y nacimientos respetados.

Los movimientos feministas y la actual marea verde han posibilitado la problematización, entre otras cosas, de aquello que se encuentra establecido y legitimado en torno a la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Al ser una problemática relativamente reciente en la escena pública, la producción de conocimiento al respecto desde el Trabajo Social es escasa. De ahí la necesidad de contribuir con este trabajo a que la problemática de la violencia obstétrica adquiera relevancia y visibilidad al interior del campo disciplinar; y sobre todo

sensibilizar al conjunto de la sociedad sobre el tema, con el horizonte de que el Trabajo Social pueda aportar a la promoción de los Derechos de las mujeres para que sean sujetas activas de sus procesos sexuales y reproductivos.

Para ello me propongo analizar, a través de entrevistas, las percepciones de mujeres que atravesaron su proceso de parto en servicios de Salud Pública de la ciudad Rosario desde el año 2015 hasta el año 2019.

La selección temporal se debe a que en Argentina, la Ley N° 25.929 “Ley de Parto Humanizado” fue sancionada en el año 2004 y reglamentada en el 2015. La misma promueve los Derechos de las mujeres y las familias durante el proceso de parto, parto y postparto. Por ello, el recorte se realiza a partir de su reglamentación.

En este trabajo se hablará de Mujeres-cis, es decir, aquellas personas que han sido asignadas mujeres al nacer y se autoperciben como tales. Es necesario explicitar esta aclaración ya que existen personas con capacidad de gestar que no se autoperciben como mujeres.

En este sentido, se considera necesario hacer un paréntesis para manifestar que en nuestro imaginario colectivo existen una serie de ideas y pautas acerca de la reproducción humana, las cuales son internalizadas no sólo por individuos sino también por instituciones que construyen representaciones acerca del embarazo, entendiendo a éste como un proceso propio de mujeres-cis.

Y si nos preguntamos quiénes son las mujeres madres sobre las cuales este trabajo de investigación hace referencia, resulta apropiado retomar los aportes de Camacaro Cuevas (2010) quien señala:

Son seres a quienes se le ha asignado un lugar social, que no ha sido diseñado, ni escogido por ellas, un lugar donde sus cuerpos, cuyo sexo biológico tiene la potencialidad de engendrar, parir, lactar, ha sido convertido en prisión. (Camacaro Cuevas, 2010:38).

Y esta “potencialidad”, posibilidad natural, es socializada como dogma, como mandato.

En el presente trabajo de investigación se opta por la utilización de uso de un

lenguaje inclusivo mediante el cual se pretende eliminar la clasificación de las personas según su sexo/género; contrario al lenguaje sexista, el cual tiende a excluir y/o invisibilizar a las mujeres, utilizando el genérico masculino para referirse tanto a varones como mujeres.

De ahí la necesidad de hacer uso de un lenguaje que represente tanto a varones como mujeres y minorías sexuales, considerando fundamental que desde el Trabajo Social como colectivo profesional podamos “preguntarnos qué aspectos (por no decir todos) deben ser revisados, analizados y deconstruidos a fines de evitar perpetuar olvidos y omisiones que sistemáticamente el Estado ha llevado adelante, dejando a grupos relegados e invisibilizando prácticas de dominación y opresión” (Zamarreño, 2020:3)

Por consiguiente se recurre al uso de la “x” como alternativa al uso universal del genérico masculino.

Respecto al desarrollo del contenido, este trabajo se divide en cuatro capítulos:

El primero, titulado “Pródromo” se abordará el marco teórico teniendo en cuenta conceptos tales como Género, Patriarcado, Violencia de Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

En el segundo capítulo “Dilatación” podemos encontrar el marco legal en torno a la problemática abordada, así como también una conceptualización sobre la violencia obstétrica y como se fue dando el proceso de institucionalización del parto.

El tercer capítulo denominado “Expulsión” corresponde al trabajo de campo, en el cual se recuperarán las entrevistas a partir del análisis de las mismas, estableciendo ejes transversales a los relatos.

Por último, en el capítulo “Alumbramiento” se esbozan reflexiones en relación a la profesión de Trabajo Social y su participación en la conformación de equipos interdisciplinarios, plasmando las incumbencias profesionales para poder pensar el rol del trabajo social en torno a la problemática abordada.

Para finalizar se reflexiona acerca de todo el recorrido teórico realizado en el presente trabajo integrador final.

La denominación de los capítulos corresponde a los momentos del proceso de parto: en el pródromo comienzan las manifestaciones corporales significativas que anuncian la cercanía del momento de parto. Es una etapa que puede durar varios días, en la que aparecen los primeros dolores propios de las contracciones. Son momentos en que el cuerpo “habla” y requiere atención y cuidados.

En la dilatación comienzan las contracciones de forma más regular y continuada, los dolores se potencian. Es el momento en que comienza el trabajo de parto de forma activa.

El período de expulsión es el que requiere de mayor esfuerzo, energía y acompañamiento. Es el momento en que se hace necesario pujar para que el bebé atraviese el canal de parto y se da lugar al nacimiento.

El alumbramiento es posterior al nacimiento y consiste en la liberación de la placenta.

Todas estas etapas comprenden un proceso que cada mujer vive de forma particular, requiere de respeto por los tiempos naturales, de escuchar al cuerpo, respetar decisiones y en los que contar con información y acompañamiento deseado es fundamental para sentir seguridad y disminuir los temores.

En este trabajo no se intenta idealizar el proceso de parto, sino apostar a que sea fruto de embarazos deseados, en contextos amigables y seguros, sin violencia, en el marco de relaciones de respeto y, ante todo, que los Derechos de las mujeres y niñas sean garantizados.

Antecedentes

Para la elaboración del presente trabajo integrador final se ha realizado la búsqueda de tesinas de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de distintas unidades académicas, a partir de lo cual se puede evidenciar que si bien la problemática adquiere mayor relevancia desde el año 2015, siendo abordada desde distintas perspectivas, la mayoría de estas tesinas toman en cuenta las voces de distintos profesionales de la salud y Trabajadorxs Sociales, a diferencia del presente trabajo integrador final donde se considera fundamental para abordar la problemática de la violencia obstétrica recuperar las voces de las mujeres madres.

María Belén Ibarra (2017) en su tesina de grado en Trabajo Social “La humanización de los partos: cuando las leyes en salud no alcanzan: una aproximación al análisis de las normas y las prácticas” analiza en qué medida se cumplen las distintas disposiciones de la Ley Nacional de Parto Respetado N° 25.929. Señala que existe una brecha entre los derechos que consagra la ley a la mujer gestante y la práctica concreta de la asistencia en los partos.

Antonella Belén Torrisi (2017) en su tesina de grado en Trabajo social titulada “Parto Humanizado: las voces de los profesionales en la Maternidad Martín” se propone analizar las prácticas de los profesionales de dicha maternidad en relación a la implementación de la ley N° 25.929. Plantea que uno de los principales inconvenientes en la implementación de la ley está vinculado a la falta de capacitación por parte de los profesionales que intervienen en el proceso de parto.

Sofía Chávez (2020) en su Trabajo Integrador Final para completar la Licenciatura en Trabajo Social: “De la violencia obstétrica al parto humanizado, una pequeña batalla ganada” indaga y analiza la intervención del trabajo social en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, tomando como referencia el Centro de Salud “Tío Rolo”. Plantea que dicho centro de salud se constituye en un espacio que acompaña a la mujer en los distintos momentos de su vida brindando información sobre sus derechos y acompañando a la mujer en su proceso de embarazo, parto y post parto.

Además, se toman en consideración ponencias y jornadas que se aproximan a la temática desde aportes de distintas disciplinas como antropología, sociología y ciencias

sociales en general.

CAPÍTULO I: PRÓDROMO

Aspectos metodológicos.

Iamamoto (2005) señala que la investigación

Se trata de una actividad fundamental para subsidiar la construcción de alternativas críticas para el enfrentamiento de la cuestión social, que escapen a la mistificación neoliberal; para subsidiar la formulación de políticas sociales alternativas a los dogmas oficiales, a la actuación de los movimientos de las clases sociales subalternas y así también para subsidiar la formulación de propuestas profesionales que fortalezcan la ruptura con el conservadurismo y afirmen el compromiso con el trabajo, los derechos y la democracia. (Iamamoto, 2005:9).

Esta producción se vale de las estrategias de la metodología cualitativa, entendiéndola que la misma es apropiada cuando “los investigadores se aproximan a un sujeto real, un individuo real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores...etc.”(Rodríguez Gómez, et al, 1996:32).

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron técnicas directas como entrevistas semiestructuradas, observación participante y no participante, y técnicas indirectas como el análisis de material documental y bibliográfico.

Para Taylor y Bogdan (1992) las entrevistas cualitativas son flexibles, dinámicas, abiertas y desestructuradas. Realizar entrevistas a referentes de determinados colectivos implica una lectura y apertura al diálogo que permita recuperar a través de la voz de quien habla, las experiencias y voces de muchas otras personas. Sin embargo, no se debe olvidar que “toda conversación posee un propio equilibrio de revelación y ocultamiento de pensamientos o intereses” (Taylor y Bogdan, 1992: 24).

Se realizaron entrevistas a mujeres usuarias de servicios de salud públicos de la ciudad de Rosario que cuentan con maternidades por las cuales han transitado su experiencia de parto entre los años 2015 y 2019. Dichas instituciones son: el Hospital Roque Sáenz Peña, la Maternidad Martín, el Hospital Provincial del Centenario y el Hospital Provincial.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar las percepciones de mujeres que atravesaron su proceso de parto en servicios de Salud Pública de la ciudad Rosario desde el año 2015 hasta el año 2019, en clave a lo establecido en la Ley de Parto Humanizado N°25.929

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar rasgos de violencia obstétrica en los relatos de las mujeres.
- Analizar la adecuación a la ley de Parto Humanizado en las prácticas realizadas en los servicios de salud públicos de la ciudad de Rosario a partir de la reconstrucción de las experiencias de las mujeres entrevistadas.
- Caracterizar el conocimiento (o no) de las mujeres acerca de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Reflexionar acerca del rol del Trabajo Social en la conformación de los equipos que trabajan con Derechos Sexuales y Reproductivos, específicamente en parto humanizado.

Enfoques y perspectivas

El presente Trabajo aborda la problemática de la Violencia Obstétrica, entendiendo a la misma no solo como una forma explícita de violencia de género, sino también que desde el enfoque de Derechos Humanos vulnera el Derecho a la salud, poniendo en riesgo el bienestar de mujeres, niños y familias.

La violencia obstétrica se constituye como una violación a los Derechos Humanos, razón por la cual se considera fundamental para avanzar en el desarrollo de este trabajo explicitar un claro posicionamiento desde el enfoque de Derechos Humanos y desde la perspectiva de género.

Para que la ciudadanía sea ejercida de manera plena, se requiere que sean efectivos los Derechos civiles y políticos, así como también los Derechos económicos y sociales, (Cecchini y Ricco, 2015) los cuales incluyen el Derecho a la educación, a un trabajo digno, a una vivienda, a la salud, el respeto a la identidad cultural, entre otros.

Maffia(2013) postula que cuando de Derechos sexuales y reproductivos se habla, existe una dificultad en considerar a estos como Derechos Humanos, y por consiguiente como parte del ejercicio de plena ciudadanía. Esto conlleva a la dificultad de comprender que todos los sujetos somos portadores de estos Derechos, afectando particularmente a las mujeres, adolescentes y minorías sexuales. En este sentido:

El enfoque de derechos intenta conferir a las estrategias de desarrollo de un marco conceptual explícito a partir del cual pensar la igualdad, la no discriminación, la participación y el otorgamiento de poder a los sectores más postergados y excluidos, permitiendo definir con mayor precisión las obligaciones del Estado frente a los derechos humanos involucrados en las estrategias de desarrollo.(Ingramo M. A., 2013:103).

Pignatta (2014), retomando a Cunill Grau, plantea que

La incorporación del enfoque de derechos conlleva a la necesidad de repensar las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular como parte de las obligaciones del Estado para el cumplimiento efectivo de los derechos

asociados a la existencia de la ciudadanía social. (Pignatta, 2014:38).

La perspectiva de género por su parte, nos permite desmontar imaginarios colectivos y construcciones socio-culturales sobre aquello que se considera masculino o femenino. Siguiendo a Lamas (1996) esta perspectiva “implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual” (Lamas, 1996:6).

En este sentido tomando los aportes de Ingramo (2013) se entiende que

Las políticas públicas son inclusivas para la perspectiva de género cuando cuentan con la voluntad explícita de parte de las autoridades de promover una redistribución entre los géneros en términos de asignación de recursos, participación, derechos civiles, poder, autoridad y valoración del trabajo de hombres y mujeres. (Ingramo, 2013:96).

De esta manera tal como plantea Rodríguez Gustá (2008) una política de salud sexual y reproductiva estaría abordada desde una perspectiva de género si mediante la misma se garantizan los Derechos de las mujeres a través de acciones tendientes a asegurar la maternidad voluntaria, la elección de contracepción, el acceso al aborto y el ejercicio pleno de la sexualidad.

Categorías principales para abordar la problemática de la violencia obstétrica

A continuación se desarrollan las principales categorías que refieren a la Violencia Obstétrica.

En primer lugar, se entiende a la Violencia Obstétrica como una de las modalidades en la que se expresa la violencia de género, la cual implica una violación de los derechos fundamentales de las mujeres, pérdida de autonomía y libertad para decidir sobre sus cuerpos.

En la sociedad patriarcal y capitalista en la que vivimos, donde todo sucede rápido, donde no se cuestiona el saber-poder de la medicina hegemónica, no hay tiempo ni lugar para partos y nacimientos respetados. Todo el sistema de salud favorece la desconexión de la capacidad natural de parir que tienen las mujeres.

Hoy nos encontramos ante un cambio de paradigma que nos lleva a cuestionar y a desnaturalizar aquello que se encuentra establecido y legitimado en torno a la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Parte esencial de esta transformación reside en concientizar a la sociedad sobre la importancia de partos y nacimientos donde se respeten los derechos de las mujeres y sus hijxs.

De ahí la necesidad de visibilizar y problematizar la violencia obstétrica.

Género

El género da cuenta de los imaginarios sociales que se construyen en torno a la idea de lo que se considera “masculino” o “femenino” en una sociedad, entendiendo a estos como construcciones culturales y no hechos naturales o biológicos.

De esta manera lo que determina la identificación y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el haber vivido desde el nacimiento experiencias y costumbres atribuidas a los hombres o mujeres.

Siguiendo con ello Lamas (1996) plantea que desde una perspectiva psicológica, el género es una categoría que articula tres instancias:

Asignación de género: se da en el momento en que nace el bebé a partir de la apariencia externa de sus genitales (masculino a quienes tengan pene, femenino a quienes tengan vagina) sin importar las contradicciones que puedan llegar a existir con la carga cromosómica.

Identidad de género: Hace referencia a como se autoperceben las personas, pertenecientes al grupo de lo masculino o de lo femenino (o en ninguno de los dos, siendo no binarixs). Una vez asumida la identidad de género esta se convierte en un filtro por el cual pasan todas sus experiencias.

El papel del género: se refiere a los comportamientos que las demás personas esperan en base al género asignado, el cual se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad en relación a lo que se considera masculino o femenino.

Se infiere entonces que el concepto de género nos lleva a comprender que muchas de las cuestiones que pensamos son atributos naturales de hombres o mujeres, en realidad son construcciones sociales que no tienen relación con lo biológico.

Cuando se habla de género siguiendo a lo que plantea Lamas (1996), se hace referencia a aquellas áreas tanto estructurales como ideológicas que comprenden relaciones entre los sexos, afectando tanto a hombres como mujeres, en este sentido “lo importante de este concepto es que al emplearlo se designan las relaciones sociales entre los sexos”.(Lamas, 1996:6) Y agrega: “no se puede ni se debe sustituir sexo por género. Son cuestiones distintas. El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo

construido socialmente, a lo simbólico” (Lamas, 1996:6).

Lamas (2007) define el género como:

El conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. (Lamas, 2007:1).

Estas clasificaciones conllevan a desigualdades de género, las cuales se dan cuando los individuos a los que se les atribuye un género determinado no tienen acceso a posibilidades sociales de igual nivel que los individuos de otro género. Este tipo de desigualdad implica violencia.

Patriarcado

Para conceptualizar el patriarcado, se retoman los aportes de Victoria Sau (1989) quien lo define como una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico. Dicha toma de poder, siguiendo a la autora:

Pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina, y la apropiación de la fuerza social de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer pero no único producto son los hijos. (Sau, 1989:237).

De esta manera el patriarcado como sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres, necesita el poder, la fuerza y la cultura para ser posible. “Necesita controlar el mundo simbólico, el lenguaje, los sueños, es decir, necesita que todos interioricemos esa dominación, que nos la creamos, tanto los dominadores como las dominadas” (Varela, 2016: 338).

En la misma línea Liliana Hendel (2017) señala que para actuar con eficacia y sin levantar demasiadas sospechas que pudieran conducir a alguna crítica:

Lo que los hombres han hecho a lo largo de la historia ha sido construir su cultura sobre las referencias masculinas y tomarlas como universales. En cambio, “lo de las mujeres” lo han dejado como algo propio de determinados contextos relacionados con lo doméstico y lo familiar a través del cuidado y del afecto. Esa construcción artificial e interesada, luego la han asociado a “lo natural”, como si fuera algo dado por la propia Naturaleza y bajo una especie de mandato divino, y todo ese desorden introducido lo han presentado como “orden”. (Hendel, 2017:19).

Esta desigualdad entre los sexos subsiste debido a que los hombres cuentan con los medios ideológicos, políticos, económicos y físicos para que ello sea posible; lo cual se ve reflejado en malos tratos, abuso de poder, acoso sexual, violaciones, poniendo en evidencia aspectos represivos del sistema patriarcal. De esta manera “la violencia forma parte del núcleo estructural del patriarcado”(Cobo Bedia, 1995: 15).

Dentro de este sistema de relaciones desiguales de poder Maffía (2009) señala que “desde una cultura patriarcal, los cuerpos de las mujeres son cuerpos apropiables, si se resisten serán violentados, y (...) se justificará la violencia como forma de disciplinamiento.”(Maffía, 2009: 02).

Para dar cuenta del sentido histórico de estas relaciones asimétricas que se dan entre varones y mujeres se retoman los aportes de Martínez (2009) quien sostiene que:

En el caso de la violencia hacia el género femenino, este abuso del ejercicio del poder se inscribe en el entramado de una cultura patriarcal que ha establecido un orden asimétrico entre varones y mujeres. (...) se puede pensar en la violencia hacia el género femenino como la trama de relaciones que se configuran históricamente a través de una constelación de prácticas discursivas y sociales violentas encarnadas en relaciones abusivas de poder por parte de los varones hacia las mujeres. (Martínez, 2009: 92).

Violencia de género

Al abordar la violencia obstétrica es fundamental considerarla como una manifestación de violencia de género. La misma es definida por la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres en su artículo 4 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”.

De esta manera, la violencia de género se manifiesta dentro del sistema de salud como un acto de dominación y poder sobre el cuerpo de las mujeres. El saber de las mujeres es descalificado, imponiéndonos un discurso represivo y adoctrinante durante el parto; “No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica” (Arguedas, 2014:155).

Como señala María Alejandra Ingaramo (2014):

La violencia de género está vinculada con el ejercicio de múltiples violencias donde las víctimas no pueden salir solas sino que necesitan ser visibilizadas y contenidas por acciones gubernamentales que tengan la capacidad de intervenir en la complejidad de las situaciones garantizando derechos, protegiendo la vida y permitiendo a las mismas ejercer su libertad. (Ingaramo, 2014: 95).

Esta violencia de género mencionada se hace presente en nuestra sociedad desde las formas más habituales de violencia hasta las más complejas invisibilizaciones como es el caso de la violencia obstétrica.

La invisibilización y/ o naturalización de la violencia se hace posible según señala Femenías (2013):

(...) gracias a una densa trama de conceptualizaciones elaboradas a lo largo de los siglos, de cuya construcción ni la filosofía ni la ciencia son ajenas. Estos constructos sistemáticos – que denominamos *megarrelatos de legitimación patriarcal*- han dado fundamento y legitimidad a las relaciones jerárquicas y de desigualdad entre hombres y mujeres; por lo general, interpretándolas como un subproducto necesario de las características naturales de cada sexo. (Femenías, 2013:15).

Salud

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Es necesario repensar este concepto de salud, entendiendo que la misma como derecho se encuentra atravesada por múltiples dimensiones.

En este sentido es válido retomar los aportes Alberto Vasco Uribe (1978) quien avanza en una crítica al concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, señalando que dicho concepto no es ingenuo ni inocuo, sino que por el contrario tiene serias repercusiones en las actuales limitaciones de la medicina vigente:

Resulta pues que no estábamos ante un concepto biológico o médico como creíamos, sino que estábamos en presencia de un concepto que en lo médico y lo biológico, es la expresión de una concepción global del mundo, la concepción idealista, teleológica y cristiana occidental. (Vasco Uribe, 1978 s/p).

En la actualidad coexisten distintos modelos de atención en salud que se reproducen de la misma manera en la atención del proceso de parto; estos son: el modelo médico hegemónico y distintas propuestas para avanzar hacia una Medicina Social o de Salud Colectiva².

Por Modelo Médico Hegemónico (MMH), Menéndez (1992) entiende:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos,

¹Definición extraída del preámbulo de la Constitución de la OMS. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en junio de 1946, firmada en julio del mismo año por los representantes de 61 estados, entrando en vigencia en abril de 1948.

²La Salud Colectiva tiene sus orígenes en la Medicina Social, en la Alemania de la segunda mitad del siglo XIX. El médico Rudolf Virchow es quien comienza a sostener que las enfermedades también se producen por problemas que hacen al entorno del individuo

como por el Estado. (Menéndez, 1992:451).

Según Menéndez (1988) este modelo presenta una serie de características que se pueden resumir de la siguiente manera:

- Considera a la salud como mercancía
- El vínculo médico-paciente es asimétrico
- La participación de los “consumidores” del servicio de salud es subordinada y pasiva, realiza acciones que tienden a excluir al “paciente” del saber médico
- Posee una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de los otros modelos y tiene una tendencia al control social e ideológico

En contraposición al MMH, el modelo de Salud Colectiva (SC) nos invita a repensar la enfermedad desde una perspectiva que incluya la dimensión histórica, cultural y social de los individuos y grupos así como también sus construcciones subjetivas.

Alicia Stolkiner(2010) señala que, en los últimos años, el retorno al discurso de los Derechos Humanos tendió a reemplazar los enfoques tecnocráticos centrados en costo- efectividad del periodo anterior. De esta manera plantea:

El derecho a la salud ha sido una de las premisas de la medicina social latinoamericana y ésta ha cumplido un papel en la tarea teórica y política de deconstruir los postulados de los discursos en el campo de la salud. (Stolkiner, 2010:89-90).

En esta misma línea Liborio (2013) postula que:

La SC abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía. (Liborio,2013:139).

Por su parte Mario Rovere (2016) analiza a la salud como campo con sus capitales e intereses en juego, de este modo señala que:

La forma concreta como los ciudadanos de un país resuelven sus problemas de salud en cada momento específico depende, entonces de un engranaje de instituciones, actores y reglas de juego, un entramado que solo adquiere su verdadera dimensión cuando uno se ve afectado, en el punto de uso, o de utilización de algún servicio, en ese punto “revelador”, en el que surge “la letra chica” y al que algunos autores, especialistas en calidad de servicios denominan el “momento de verdad”. (Rovere, 2016:24).

El desafío hacia una Medicina Social que tienda a garantizar el Derecho a la salud requiere de transformaciones en un campo específico que tiene actores y resistencias propias, además de cambios políticos, sociales y económicos.

Siguiendo con ello Alicia Stolkiner plantea que:

La medicina social latinoamericana, como praxis establece una articulación profunda con la praxis de derechos humanos emancipatorias. Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas. (Sotlkiner, 2010:94).

Retomando los aportes de Liborio (2013), el cambio de concepción de salud e integralidad que exige la propuesta de Salud Colectiva, tiene un importante desafío desde lo conceptual entendiendo que “la SC debe ser comprendida como una construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud” (Liborio, 2013: 140).

Derechos sexuales y reproductivos

La Organización Mundial de la Salud postula que el derecho a la salud implica ciertas libertades y derechos como por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos, los cuales siguiendo a Levín (2010) podemos decir que encuentran su fundamento en la libertad del cuerpo. Donde esta libertad sea reflejada en el disfrute de una vida sexual placentera satisfactoria, sin restricciones ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones, ejercer opciones y establecer preferencias.

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos implicó un largo proceso de luchas sociales donde el movimiento feminista se constituye en un actor central portador de pretensiones emancipadoras en torno a la sexualidad y reproducción.

En la década del '60, tanto en Estados Unidos como en Europa Occidental, se dio lo que se denominó la segunda ola del feminismo. Teniendo como consigna “lo personal es político”, abordaba cuestiones como los métodos anticonceptivos, aborto, embarazo, parto, puerperio, infertilidad, menstruación, entre otros.

Felitti (2011) nos relata que en la Argentina de los años 60, las mujeres de los sectores medios urbanos atravesaban un periodo de grandes cambios a nivel político, jurídico, laboral, y nuevas pautas en relación con la reproducción y la sexualidad, evidenciadas en un uso creciente de píldoras anticonceptivas, o el DIU y una mayor aceptación del sexo antes del matrimonio. Estas transformaciones sociales, culturales y políticas llevaron a que en la década del '70 se formará un movimiento feminista de la segunda ola a nivel local, que luchaba por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en un contexto para el país y América latina marcado por dictaduras militares y la violación sistemática a los derechos humanos.

El no reconocimiento de los derechos de las mujeres en torno a la sexualidad y reproducción constituye un impedimento para que las mismas sean reconocidas como sujetas de derechos, autónomas e independientes.

De esta manera “para ser ciudadana plena la mujer necesita construir una identidad política como sujeto autónomo en sus capacidades, donde la maternidad y la adscripción a la vida familiar sean de una elección individual y no una imposición

social.” (Levín 2010:103).

En este sentido es que se plantea el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como derechos de libertad y a decidir sobre nuestro propio cuerpo.

En la década de los '90 el movimiento tuvo un rol clave, donde diversas agrupaciones de mujeres se movilizaron para exigir al Estado los medios y las condiciones necesarias para hacer efectivas sus decisiones en las esferas de la sexualidad y reproducción.

En esta misma década “a nivel internacional el clima producido por la CEDAW³ y los consensos logrados en las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas permitieron definir y articular la agenda sobre los derechos de la mujer.” (Levín, 2010:108).

Como consecuencia de las luchas sociales por instalar en la agenda de gobierno el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se sancionaron diversas leyes.

La primera iniciativa fue en La Pampa, donde en 1991 se promulgó la ley que crea el Programa Provincial de Procreación Responsable. Seguido a ello en la reforma constitucional de 1994 se define una considerable ampliación de los derechos de la mujer en su relación con el estado y la sociedad. Posterior a ello en el año 2000 en la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se sanciona una ley que garantiza la implementación de políticas de salud reproductiva y paternidad responsable.

A fines del año 2000 la problemática adquiere una importante magnitud donde se reclama al estado la sanción de la ley nacional y la creación de un programa de sexualidad y reproducción para todo el país.

Respecto a ello Levín (2010) señala que “la demanda no solo provenía de movimiento de mujeres y de los organismos internacionales, sino también de asociaciones profesionales, centros de estudios e investigación, profesionales de la salud, legisladores, etc.”(Levín, 2010:113)

³Sigla en inglés con la que se hace referencia a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

De esta manera en los años posteriores se sancionan diversas leyes como : la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos en el Proceso de Nacimiento también conocida como Ley de Parto Respetado (2004), la Ley Nacional N° 26.150 de Derecho a recibir Educación Sexual Integral (2006) y la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), y se crean diferentes programas, de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, de Salud Sexual y Procreación Responsable de donde surge la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y en el 2006 se incluye la cobertura gratuita de la Anticoncepción Quirúrgica, entre otros.

CAPÍTULO II: DILATACIÓN

Marco Normativo

Para la elaboración del marco normativo se han tenido en cuenta Tratados Internacionales, Leyes Nacionales, Provinciales y Decretos de la Municipalidad de Rosario que regulan el derecho de mujeres madres al momento del nacimiento de sus hijos. Dichos documentos apuntan a una atención personalizada de la mujer gestante y su familia, teniendo como objetivo la mínima utilización de medicalización, apuntando hacia una concepción de partos y nacimientos humanizados.

Asimismo, en este apartado se hará un breve resumen de la composición y articulación del sistema público de salud de la ciudad de Rosario a fines de dar cuenta de su complejidad y multiplicidad de instituciones intervinientes.

Tratados internacionales

En el plano Internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)⁴ y del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)⁵; reconocen a la salud como un derecho fundamental e indispensable para el cumplimiento de los demás derechos humanos, donde toda persona tenga derecho al nivel más alto posible de salud que le permita vivir dignamente.

En este sentido, Argentina como Estado parte del pacto adopta distintas medidas con el fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, entrando en vigor como tratado internacional en 1981 tras su ratificación por 20 países. Argentina la aprobó mediante la ley 23.179 en el año 1985. La CEDAW toma como punto de partida la discriminación estructural e histórica hacia

⁴La Declaración de Derechos Humanos es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París. En el mismo figuran artículos de derechos humanos considerados básicos para toda persona.

⁵El PIDESC es un tratado multilateral general de Naciones Unidas celebrado en 1966 que reconoce Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía

las mujeres, reconociendo y protegiendo sus derechos.

La “Convención Belém Do Pará”, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en 1994, es ratificada por nuestro país en 1996 y convertida en Ley Nacional N° 24.632. La misma reconoce violencia contra la mujer a cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

En relación a la salud reproductiva, según la Plataforma de Acción de Beijing⁶ los derechos reproductivos comprenden algunos derechos que ya están reconocidos en la legislación nacional y en los documentos internacionales sobre Derechos Humanos.

Dicha plataforma sostiene que “la salud reproductiva es 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”(Plataforma de Acción de Beijing,1995). Se incluye el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad y el derecho a recibir servicios adecuados atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos.

Marco Normativo nacional

En nuestro país se sancionó en el año 2002 la Ley Nacional N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, cuyo primer objetivo es el de “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia” (Art. 2)

En concordancia con la mencionada ley, en el 2004 se sanciona la Ley N° 25.929, la cual regula los “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, conocida como ley de “Parto Humanizado”, expresa el derecho de la

⁶La plataforma de Acción de Beijing fue adoptada por 189 países en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en septiembre de 1995 en Beijing, China. Dicha plataforma define que la igualdad entre mujeres y varones es una cuestión de derechos humanos y tiene como objetivo hacer realidad todos los derechos de las mujeres.

madre, el padre y el recién nacido a recibir buenos tratos, atención individual, información sobre los diferentes procedimientos y situaciones, entre otros derechos y sanciona las acciones de profesionales de la salud, y sus colaboradores que vulneren derechos.

Considerando que la mujer debería ser la principal protagonista en su proceso de parto, pareciera haber una contradicción entre el título de la ley y los derechos que la misma reivindica, ya que la mujer madre no aparece nombrada en el título. Se podría considerar que “padres” también incluye a “madres”, pero como anteriormente se señalaron en los motivos de elección del uso del lenguaje, se considera que la utilización del mismo no es ingenuo; si hacemos uso de un lenguaje que tome como referencia lo masculino ayudamos a que persistan en el imaginario colectivo la percepción de que las mujeres son secundarias y prescindibles.

Es por ello que se torna imprescindible que leyes y textos producidos en al ámbito legislativo expresen sus contenidos desde una perspectiva de equidad de género, ya que “usar un lenguaje discriminatorio, ya sea por hábito o por tradición, sería contradecir aquellos derechos reconocidos por la ley”. (Guía para el uso de un lenguaje no sexista e igualitario en la HCDN: 12)

La ley 25.929 en su artículo 2 determina ciertos derechos que protegen y benefician a la mujer durante su embarazo, trabajo de parto y postparto. De esta manera dicho artículo menciona los siguientes derechos:

a) A estar informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén

justificadas por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña y ella misma.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Posteriormente en el año 2009 se sanciona la Ley N° 26.485 de “Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales”.

Esta ley contempla como una de las formas de agresión contra las mujeres a la Violencia Obstétrica. Definiéndola en su Artículo 6, inciso e): “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Marco Normativa Provincial

Desde el año 2005, en la Provincia de Santa Fe, entra en vigencia Ley

Provincial N° 12.443 de Acompañamiento en el Parto, en cuyo Artículo 1 Reconoce:

El derecho de toda mujer embarazada a recibir acompañamiento durante el tiempo que dure su trabajo de parto, debiendo respetarse su voluntad de elegir libremente a la persona de su afecto o confianza en esa circunstancia, excepto en aquellos casos en que el o los profesionales intervinientes no lo consideren oportuno por interferir negativamente en el proceso del trabajo de parto, debiendo constar las razones en la historia clínica pertinente (...). (Ley Provincial N° 12.443/2005)

En el año 2017 Santa Fe adhiere a la legislación nacional de Parto humanizado, dos años después – noviembre de 2019- se logra la reglamentación en la provincia, dicha reglamentación obliga la aplicación de la ley en todos los centros de salud.

Tal es así que en su primer artículo deja en claro que las medidas son

Tanto para los efectores públicos como para los privados, las obras sociales, las empresas de medicina privada y/o prepagas, deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.529, a la que Santa Fe adhiere a través de la Ley N° 13.634 (Ley Provincial N° 13.634/2019).

Ordenanzas de la Municipalidad de Rosario

Con respecto a la ciudad de Rosario, la primer Ordenanza se da en el año 2008 N° 8.333, la cual establece con carácter permanente la realización anual de la “Semana del Parto Respetado” durante la cual se realizan desde organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales, distintas actividades de sensibilización sobre la humanización y el respeto en el parto y el nacimiento.

Sumado a ello, la ciudad de Rosario cuenta con la Ordenanza N° 9.403, legislada en el año 2015, en concordancia con las Leyes Nacionales N° 25.929 y la N° 26.485 en donde se establece la creación de “Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y el Nacimiento Respetado”, a los fines de promover acciones tendientes a fortalecer las capacidades del personal médico-sanitario en la atención al embarazo, pre-parto, parto y post-parto en pos del reconocimiento de los derechos de madres , padres e hijxs en el proceso de nacimiento.

Estructura del sistema de salud en la ciudad de Rosario

El sistema de salud en la ciudad de Rosario se divide en tres niveles. El primer nivel está conformado por los Centros de Salud, estos se constituyen en el primer contacto que establecen las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de atención sanitaria, sus servicios se adaptan a las necesidades específicas de cada barrio; dichos centros se encuentran distribuidos en los distintos distritos de la ciudad: Distrito Centro (1), Distrito Noroeste (12) incluido el Policlínico San Martín, el cual es el centro de salud más grande de la Dirección de Centros de Salud con guardia las 24 horas, Distrito Norte (7), Distrito Oeste (11), Distrito Sudoeste (13) y Distrito Sur (7).

El segundo nivel de atención en salud está constituido por los hospitales “Dr. Roque Sáenz Peña” ubicado en la zona sur de la ciudad, referente de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste. Cuenta con un Área de Atención Integral de la Mujer cuyo fin es garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La “Maternidad Martín”, institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos al año. Junto con el Área de Atención Integral de la Mujer del “Roque Sáenz Peña” son los dos efectores públicos orientados a la atención integral de la madre y su hijo bajo el concepto de parto respetado. Dentro de este segundo nivel, pero sin atención en relación a maternidad, se encuentran los hospitales “Intendente Gabriel Carrasco”, “Juan Bautista Alberdi” y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR).

El tercer nivel está constituido por las áreas de alta complejidad y mayor tecnología con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”, el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA) y el Instituto de Rehabilitación (ILAR). Estos no cuentan con servicio de maternidad.

Por otra parte, hay tres hospitales de dependencia provincial entre ellos: el Hospital Provincial de Rosario, el Hospital Provincial del Centenario y el Hospital de Niños Zona Norte, de los cuales solo los primeros dos cuentan con maternidades.

La dinámica de la atención en la ciudad de Rosario es por georreferencia y derivación. Es decir, el primer acercamiento es a los Centros de Salud barriales y luego

se efectúan las derivaciones a los demás niveles de atención dependiendo, además de la georreferencia, lo que la complejidad de la situación amerite.

¿Qué es la violencia obstétrica?

La ley N° 26.485 denominada Protección Integral para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales, define a la violencia obstétrica en su artículo 6 inciso e como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un acto deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Todas las mujeres tienen derecho a un parto respetado e informado para decidir lo que se quiere o no en ese momento. Por ello, según Hendel (2017)

El abuso en el trato ya sea intimidatorio o infantilizado, que es sin duda una falta de respeto hacia la mujer en ese momento, también debe ser considerado una de las formas en las que se expresa la violencia de género, en este caso ejercida por profesionales de la salud durante los procesos fisiológicos de embarazo, parto y postparto. (Hendel, 2017: 225)

El parto, tal como lo vivimos hoy en día conlleva una serie de actos rutinarios como: la internación precoz, el rasurado y enema (práctica denigrante e innecesaria), episiotomía⁷ con el objetivo de acelerar el periodo expulsivo, el famoso “goteo” que casi todas las mujeres al ser internadas por trabajo de parto reciben, se trata de oxitocina sintética⁸, que es la hormona que produce nuestro organismo de manera natural para provocar las contracciones; en este caso el goteo tiene el fin de aumentar las contracciones para que el parto sea más rápido.

Cuando la mujer está acostada, inmovilizada, atada en la camilla obstétrica, con las piernas levantadas y acalambradas, con un brazo inmovilizado por la administración

⁷La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que comprende el corte del perineo (piel y músculos entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal. Este procedimiento se realiza con tijeras o con bisturí y requiere sutura después. Definición extraída de página web: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>. Última fecha de consulta 19 de abril de 2020.

⁸La oxitocina es una droga peligrosa, muy concentrada, que hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Se utiliza para inducir un parto y para acelerar la dilatación. Definición extraída de página web: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica>. Última fecha de consulta 19 de abril de 2020.

de goteo, escuchando el sonido de los latidos del feto que la llenan de temor, suele pedir la anestesia epidural que la salve del infierno que está viviendo.

Todas estas prácticas son comunes y están naturalizadas al punto de que nadie las cuestiona, de esta manera “se obtiene la colaboración activa de las víctimas en la convicción de estar haciendo lo que debemos o, lo que es peor, lo que queremos” (Hendel, 2017: 226)

El gran aumento de la práctica de cesárea es consecuencia del proceso de “industrialización del parto”, que se viene produciendo desde comienzos de 1990. Este término industrialización del parto es adoptado por Michel Odent, reconocido obstetra francés defensor del parto natural entendido como aquel en que la intervención externa es la mínima posible. En una nota para el diario La Nación en el año 2016, cuando se le preguntó sobre el alto crecimiento de cesáreas respondió lo siguiente:

Si seguimos con estas tasas de crecimiento, estamos cerca de llegar al momento en que la mayoría de los seres humanos nacerán por cesárea. Ya ocurre en muchos países emergentes, como China, donde las tasas de cesárea están por arriba del 50%. Entonces, frente a esto, debemos preguntarnos cuál es el futuro de una humanidad nacida por cesárea. Lo importante en este momento es hacer la pregunta.(Odent, 2016)

Michel Odent señala que la “industrialización del parto” está generando enormes catástrofes que existen entre nosotros y no somos capaces de ver. Se están produciendo “alteraciones en la capacidad de amar”; la calidad del sistema de la oxitocina se está debilitando, esta oxitocina que es la llamada “hormona del amor” en muchos partos no se pone en funcionamiento.

De esta manera cuando se obliga a una mujer a parir con las piernas levantadas, con sus genitales expuestos, existiendo los medios necesarios para un parto vertical, cuando es alterado el proceso natural de parto mediante el uso de técnicas de aceleración sin siquiera consultar si es eso lo que desea, cuando se practica una cesárea existiendo los medios necesarios para un parto natural, cuando se trata a la mujer en el proceso de parto como si estuviera enferma, cuando se la inmoviliza, cuando se le impide expresar su voluntad libremente; todo esto constituye violencia obstétrica una de las modalidades de la violencia de género en instituciones públicas expresada en

desigualdad, asimetrías de poderes, tratos crueles, inhumanos y degradantes por parte del equipo de salud.

Actualmente muchas mujeres en el momento del parto al llegar a una institución se convierten en pacientes, relegadas a una posición de subordinación en su proceso de parto, favoreciendo la des-sensibilización y el cuerpo se transforma en objeto entregado al saber-poder (Foucault 1976) médico. Así la mujer se convierte en paciente y es definida como incapacitada para llevar a cabo el proceso que está atravesando.

En este marco un concepto clave para analizar la problemática es el poder obstétrico Arguedas (2014) señala al respecto que:

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adultocéntrico hacia las adolescentes que están en salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer (Arguedas, 2014: 157).

De esta manera “(...) evidenciamos un disciplinamiento violento de las parturientas hacia la maternidad, puesto que se ven obligadas a aceptar rutinas de atención estandarizadas, mecanizadas, masificadas –que agreden su cuerpo y su subjetividad- en nombre de su responsabilidad maternal” (Vásquez Quezada, 2013: 115).

Rutinas que no toman en cuenta su diversidad socio cultural, sus emociones, su pasado y que exponen su cuerpo y su intimidad a las miradas de los profesionales, a las intervenciones repetitivas de médicxs aprendices, transformando el cuerpo de la mujer en un fenómeno a observar.

Institucionalización del parto

Históricamente las mujeres han parido en su hogar, sin grandes intervenciones, rodeadas de mujeres con experiencia. “Solo en el siglo XVII, los médicos varones ingresan en este terreno, acuestan a la mujer para lograr comodidad en la investigación y los partos comienzan a ser tratados como enfermedades” (Gutman, 2017:47).

Se retoman, en este sentido, los aportes de Oiberman (2004) para realizar un breve recorrido histórico sobre los distintos modos de parir que se han dado en la antigüedad.

En tiempos de la prehistoria el parto era considerado un ritual, donde las mujeres se cubrían de ocre rojo para aumentar la energía y parían en cuclillas acompañadas por otras mujeres que ya habían pasado por la experiencia del parto.

En el antiguo Egipto en el momento del parto se pedía a la diosa Isis por la disminución del dolor, otra mujer realizaba masajes en el vientre para aliviar las contracciones y quien recibía al bebe elegía su nombre de acuerdo a la posición de los astros.

En la Grecia Antigua otras mujeres invocaban a la diosa Artemisa, se preparaban brebajes para facilitar el trabajo de parto y se cantaba con ella, acompañándola y dándole contención.

Bernardo (2004) señala que las mujeres de las comunidades aborígenes de nuestro país también vivenciaban el momento de parto acompañadas por otras mujeres de la tribu, parían en cuclillas e ingerían infusiones de hierbas medicinales para aliviar los dolores durante el trabajo de parto. Asimismo, después del parto se realizaba un ritual con la placenta y el cordón umbilical donde se los enterraba como forma de devolver a las fuerzas de la naturaleza la vida.

De esta manera se infiere el lugar preponderante que ocupaban las “matronas”, “comadronas”, “parteras” a lo largo de la historia en las distintas culturas, donde no solo ponían al servicio de la parturienta su experiencia sino que su presencia y acompañamiento significaban un gran sostén, ya que la mujer se encontraba rodeada de afecto y contención.

Morrone (2006) señala que a fines del siglo XIX y principios del XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales; lo cual, si bien fue considerado un progreso ya que dichas muertes disminuyeron, a la vez, en los hospitales comienzan a denominarse personas enfermas, una gran mayoría de mujeres y recién nacidos sanos.

De esta manera pasaron a internarse para el parto separadas de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios de visitas pre establecidos, recibiendo, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso, lo que trae aparejado serias consecuencias en el vínculo madre-hijx que comienza a construirse.

Se puede observar como el nacimiento se transforma en una enfermedad y las mujeres y sus familias pasaron a ser subordinadxs por los equipos de salud, perdiendo el protagonismo, aceptando y padeciendo las reglas de las instituciones. En la actualidad, estas situaciones se hacen evidentes y continúan existiendo estas formas violentas de atención (a pesar de legislaciones vigentes) en centros de salud públicos y privados vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Camacaro Cuevas (2010) en relación a lo anterior señala que:

Es vital para comprender la justa dimensión de la necesidad de la obstetricia de controlar el cuerpo sexual-reproductivo y psíquico de las mujeres, control que se ejecuta, no para la perpetuación de la especie humana, como aparenta la representación social que lo soporta, sino para la perpetuación de la especie social patriarcal. (Camacaro Cuevas, 2010:57).

Y agrega:

Si de perpetuación hablamos, aderezamos la disertación recalcando, que la perpetuación de la concepción de maternidad como una función instintiva, no vinculada con el transcurrir socio-histórico de la humanidad, o lo que es lo mismo, el no reconocimiento de la maternidad como construcción social, ha sido el gran triunfo de esa lógica patriarcal que impregna el discurso medico obstétrico. Esto dificulta el desamarre del nudo que ata la evidencia de que este discurso y esa praxis se apoderan del cuerpo y del proceso reproductivo de las mujeres, y violentan no solo la propia naturaleza y fisiología de sus cuerpos sino también los derechos sexuales y reproductivos que les pertenecen como

seres sociales. (Camacaro Cuevas, 2010:57).

Si bien el discurso médico justifica la institucionalización planteando la necesidad de protección de aquellos casos “patológicos”, en realidad esto tuvo como resultado la institucionalización de todas las mujeres embarazadas más allá de que su embarazo no sea riesgoso.

Como plantea Castrillo (2015),

La institucionalización más que una decisión médica o científica fue deliberadamente política dado que el cuerpo de la mujer se constituyó bajo la vigilancia de un Estado preocupado por la natalidad y degeneración de la raza. La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentraba solo en las (futuras) madres sino en las parteras, ya que estas no solo se ocupaban de atender partos sino también de practicar abortos, método con el que las mujeres regularon principalmente su natalidad hasta mediados del siglo XX” (Castrillo, 2015:13).

A partir del recorrido realizado se puede observar cómo a lo largo de la historia el saber de las mujeres en el momento del parto fue desvalorizado y deslegitimado por la profesión médica, y es así como desde finales del siglo XIX comienza a institucionalizarse el parto, rompiendo con una transmisión de saberes de generación en generación, llegando a nuestros días, donde “lo común” es parir en hospitales, entendiendo a estos como los únicos lugares seguros para parir.

CAPÍTULO III: EXPULSIÓN

Trabajo de Campo

En la presente investigación se planteó como objetivo general analizar el proceso de parto establecido en la Ley de Parto Humanizado N°25.929, a partir de las percepciones de mujeres que han transitado dicha experiencia en maternidades de hospitales públicos de la ciudad de Rosario durante el periodo 2015-2019

De esta manera el trabajo de campo consistió en recuperar las experiencias de partos de mujeres a partir de sus propias voces, de lo que ellas mismas tienen para decir: percepciones, sensaciones, emociones, sensibilidades. Las personas entrevistadas son mujeres madres, de un rango etario comprendido entre los 18 y 36 años. En el anexo de este trabajo se pueden encontrar las entrevistas desgrabadas.

B.B. tiene 18 años, madre de G., de quien nos cuenta su experiencia de parto. Vive en un departamento del Fo.Na.Vi del barrio 7 de septiembre de la ciudad de Rosario. Al momento de la entrevista se encontraba con su pequeña hija en brazos, su madre y su hermana, quienes viven en la misma casa. Actualmente B.B. se encuentra desempleada. Me recibieron por la mañana con mates y bizcochitos.

N.S. tiene 24 años, madre de T., trabaja como Acompañante Personalizada, vive en el barrio de Arroyito de la ciudad de Rosario con su pareja (padre de T.), al momento de la entrevista N.S. atiende las demandas de su hijo, quien está dando sus primeros pasos; entre juegos y morisquetas, ella comparte y reflexiona sobre su experiencia de parto conmigo.

N. tiene 32 años. Es madre de tres hijos varones y E. Vive en la zona sur de Rosario, en un departamento del llamado Fo.Na.Vi de “Grandoli y Gutiérrez”, llegué allí con mi amiga (Marianela), quien me contactó con ella para que pudiera realizarle la entrevista. Noelia es militante del Movimiento Evita de la Ciudad de Rosario, tiene una verdulería en la planta baja del Fo.Na.Vi junto con su pareja, padre de E., a quien le pide que cuide a los niños para que pueda contarme su experiencia. Llevamos facturas y ella nos esperó con mates.

L. tiene 36 años, madre de R. de 21 años, J.P. de 17, A. de 13, G. de 5 y M. de un año de quien nos cuenta su experiencia de parto; vive en un departamento de la zona centro de la ciudad de Rosario junto a su pareja y sus hijos. Trabaja como técnica

radióloga en un sanatorio privado de la misma ciudad. Se dificultó por sus horarios laborales poder concretar una entrevista personalmente, razón por la cual acordamos hacerla mediante audios de la red social Whatsapp.

Como se puede apreciar (a excepción de esta última) las entrevistas en profundidad fueron realizadas de manera presencial, en los hogares de cada una de ellas, donde se mantuvo un diálogo fluido, si bien fueron previamente formuladas algunas preguntas, estas sirvieron a modo de orientación, pero no de modo esquemático. Al momento de realizar las entrevistas, cada una de estas mujeres madres se encontraban al cuidado de su/sus hijx/hijxs, de manera que el diálogo en ocasiones se interrumpió y se volvió a retomar, así como también se dio lugar a conversaciones extendidas concernientes al tema de investigación.

En referencia a lo anterior, Bogdan establece que:

Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. (Taylor y Bogdan, 1992: 01).

Para el análisis de las entrevistas, se procedió a su desgravación, lectura y relectura. Ello propició la determinación de ciertos ejes comunes a todas las entrevistas realizadas, que podrían establecerse como puntos que atraviesan los diferentes relatos y a partir de los cuales esbozar algunas reflexiones. Los mismos fueron denominados de la siguiente manera:

- a) Intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres.
- b) Pérdida de autonomía.
- c) Control y obediencia a la hora de parir.
- d) El momento posterior al nacimiento.
- e) Heridas que no cicatrizan.

a- Intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres.

Maffía (2009) ahonda en la metáfora del cuerpo como frontera, entendiendo que como las fronteras geográficas; nuestros cuerpos pueden ser lugares amurallados donde lo distinto sea percibido como amenaza o espacios de intercambio, de encuentro, de “negociación entre mundos”.

La autora pone en foco las manifestaciones de violencias simbólicas que parten de pensar una identidad como hegemónica, no dando lugar a alteridades, percibiendo a estas como ajenas y extranjeras. De esta manera señala que los cuerpos construyen muros, cuerpos que desde distintos espacios de poder “elaboran las normas para todos los cuerpos, los valores para todas las vidas, silencian los sentidos de otros cuerpos hasta volverlos <in-significantes>.” (Maffía, 2009:220).

En los relatos de las mujeres entrevistadas se puede evidenciar cómo desde el momento en el que ingresan a la institución de salud, se las despoja de todo saber y conocimiento, son pensadas como objetos, no como sujetos, se les realiza una serie de procedimientos “de rutina”, interviniendo sus cuerpos, de esta manera el papel de la mujer en SU parto queda reducido al de paciente.

“(...)me acostaron, me pusieron una aguja para pasarme suero, me pusieron otra por si había que pasarme sangre.” (N.G.)

Se da una apropiación del cuerpo de la mujer por parte de los profesionales de la salud, desde una concepción del saber como poder, quitándole valor al deseo y necesidad de cada mujer y transformando un proceso fisiológico en patológico.

“Apenas llego me dicen sentate acá en la silla de ruedas.” (N.S.)

Las distintas intervenciones médicas “de rutina” despojan a la mujer de su papel activo, en tanto que son ellxs quienes tienen un saber específico aceptado como válido y controlan el proceso de embarazo, parto y post parto. Tal como señala Maffía (2009):

“El patriarcado impone sentidos y valores incluso sobre las experiencias que solo las mujeres podemos definir, como el orgasmo, la gestación, el parto, la menstruación, el amamantamiento y por cierto el aborto.” (Maffía 2009:221).

“Sí, me pusieron goteo(...) Episiotomía también porque me había

desgarrado, la bebé era chiquita pero tenía la cabeza grande.” (B.B.)

La ley 25.929 de Parto Humanizado señala en su artículo 2º, inciso d, el derecho de la mujer “al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”

En los relatos se expresan intervenciones múltiples propias de prácticas médicas que se alejan del respeto por los tiempos de cada cuerpo y el proceso natural, generando malestar, potenciando miedos.

b- Pérdida de autonomía

El modelo médico hegemónico vigente se caracteriza por facilitar la desconexión de la capacidad de natural de parir de las mujeres, despojándolas de su capacidad de elegir autónomamente y posicionándolas en un estado de subordinación, donde la única opción posible parecería ser la obediencia ciega e incuestionable a quienes “tienen” el saber presentado como verdadero, legítimo y único.

“Nunca me explicaron nada, ni siquiera cuando fui y me mandaron de vuelta, de decirme: “mira va a ser así”; más allá de que yo ya tengo hijos, pero bueno eso no tiene nada que ver, creo que es su responsabilidad y su trabajo, me decían solo “hace la fuerza, hace la fuerza.” (L.C.)

Salles (2001) señala que en América Latina la relación médico-paciente se caracteriza por ser paternalista situación que se agrava por la vigencia de un sistema de formación de profesionales de la salud que tiende a ignorar los derechos de lxs usuarixs de servicios de salud. Al respecto señala:

Muchos profesionales de la salud consideran que la autonomía del paciente no es necesariamente un valor digno de especial respeto. Y entre las consideraciones que ofrecen para fundamentar esta creencia se encuentra la idea de que al paciente latino no le gusta decidir. (Salles, 2001:76).

“Yo tenía ganas de decirle “acercala!” y no entendía por qué, si yo me había bañado y estaba todo bien, no entiendo por qué no me la acerco un ratito. Así que la alcé recién como a las tres horas que nació Eva.”(N.G.)

Para teorizar el significado de autonomía se retoman los aportes de Lagarde (1997) quien señala que:

La autonomía es siempre *un pacto social*. Tiene que ser reconocida y apoyada socialmente, tiene que encontrar mecanismos operativos para funcionar. Si no existe, esto no basta la proclama de la propia autonomía porque no hay donde ejercerla, porque no se da la posibilidad de la experiencia autónoma, ni de la persona ni del grupo, del movimiento, o la institución. La autonomía requiere un lecho social, un piso de condiciones sociales imprescindible para que pueda desenvolverse, desarrollarse y ser parte de las relaciones sociales.(Lagarde 1997: 7).

Sucede que en el momento en que la mujer llega a la institución de salud se la despersonaliza, se desprecia todo conocimiento que posea sobre su cuerpo, su historia, sus vínculos. Su saber queda silenciado, siendo el único válido el de lxs profesionales. De esta manera la sala de parto resulta ser un recuerdo negativo en la vida de muchas mujeres.

“Esta médica me explicó pero ya mal, forreándome, medio agresiva, me dice que ‘si vos te movés en el momento que te pongo la epidural tu bebé corre riesgo’, entonces ahí ya te bloqueás.” (N.S.)

En este sentido la autonomía no es solo poder decir o elegir la forma de parir, sino que se ponen en juego otras cuestiones que van más allá de la voluntad de la mujer. ¿La mujer decide en un contexto donde sólo es aceptable un modo hospitalario de parto? ¿Se decide cuando ella no tiene acceso a la información sobre partos respetados? Y más aún, cuándo son los profesionales quienes desconocen los derechos de la mujer, ¿Ella puede decidir?

“No preguntaba nada...”(B.B.)

Se vislumbra en las vivencias de las mujeres cómo el derecho a la información es obstaculizado. La relación desigual en términos de poder que se establece entre quien detenta el saber y quien nada sabe, impide decidir de forma autónoma.

De esta manera la mujer se encuentra en un estado de subordinación, donde la única opción posible es la obediencia, agravada por la preocupación del bienestar de

su hijx por nacer.

En relación a ello, la ley de parto humanizado establece en su artículo 2º, inciso c, el derecho a la mujer “a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijx y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones profesionales”.

Brindar información clara y precisa sobre el proceso de parto que está atravesando la mujer es una manera de empoderarla, reconociendo sus derechos, para que, de esta manera, pueda decir y decidir efectivamente sobre lo que quiere o no para ella y su hijx.

c- Control y obediencia a la hora de parir

Nuestros embarazos y partos, tal como los vivimos hoy en día deben suceder dentro de los criterios estipulados por la ciencia médica, la obstetricia, la ginecología, la enfermería. Son profesionales de esas disciplinas quienes controlan y dominan los procesos sexuales y reproductivos de la mujer.

La atención en partos implica realizar intervenciones de rutina como tactos, goteo y episiotomía.

“me hicieron tacto en total 6 veces distintas personas”(N.S.)

En el modelo de atención de partos dominante se da una violación y vulneración sistemática de los derechos de las mujeres, se viola el derecho a la intimidad, se le niega a la mujer la posibilidad de decidir sobre aspectos que le son propios, no se le informa sobre los procedimientos que suceden en ese momento y, en muchas oportunidades se hace explícita la orden de “portarse bien”, obedecer sin cuestionar, controlar las emociones y los impulsos.

“me hacían tacto cada una hora, y cuando llegue a los 5 de dilatación cada media hora”(B.B.)

Difícilmente estxs profesionales hayan podido mirar más allá de los genitales de la mujer, quien tiene una historia, una situación presente, económica, afectiva; y en ese momento es tan importante lograr un acercamiento humano con cada mujer en particular habilitando el diálogo con preguntas tales como ¿Te sentís cómoda? ¿Querés la compañía de alguien? ¿Hay algo que te preocupe? Sin dudas contribuirán

a que la mujer no se sienta un objeto sobre el cual se interviene.

Sin embargo la realidad es muy distante a ello, y tal vez las salas de partos sea el lugar más sutil, más legitimado, donde la sociedad permite ejercer el control, el maltrato y el avasallamiento sobre el cuerpo y los derechos de la mujer.

“(...) me dice: <bueno ahora va a venir a hacerte tacto él>... ¡no! Como va a venir a hacerme tacto un tipo”(N.S.)

Se puede advertir en los testimonios de las mujeres entrevistadas un avasallamiento del derecho a la intimidad, la exposición del cuerpo y en especial de los órganos genitales es una situación que se repite en diversas intervenciones, de las cuales las mujeres no fueron informadas, ni consultadas, por ejemplo, para ser revisadas, aun cuando era una práctica que iban a realizar varias personas. La revisión masiva y la exposición indiscriminada de sus cuerpos generan en ellas sentimientos de bronca, angustia e incomodidad.

“se comentaban entre ellas, ‘¿viste la agresividad que tenía?’ ‘¿viste como estaba?’ Todo mientras yo estaba por tener a mi bebé.” (N.S.)

Se les exige a las mujeres “que se porten bien” infantilizándolas; y este “portarse bien” gira en torno a que la mujer no grite, no llore, no se mueva, es decir, que simplemente obedezca lo que se le pide.

“Venían y me decían ‘¿Por qué gritas?’ ‘¿Por qué voy a gritar? estoy por tener un pibe, tengo 6 de dilatación. No estoy gritando porque vine a hacer un trámite y no me lo están dando. ¡Estoy gritando porque voy a tener un bebe!’”(N.S.)

El grito en el parto es una reacción humana ancestral, libera el miedo y el dolor, y, en este sentido, dolor es distinto al sufrimiento, una mujer sufre cuando no le permiten gritar, quejarse o llorar, cuando lo único que desea es terminar con la pesadilla que está viviendo en ese momento.

“Me dijeron: ‘bueno, vos mamita te tenés que tranquilizar porque así no podemos seguir, y sino te vas a otro lado’ (N.S.)

Tres de las mujeres entrevistadas hacen referencia a estas formas de tratos por parte del personal de salud y de las prácticas que se llevan a cabo de manera naturalizada, si bien reconocen o se vislumbra en sus relatos sentirse mal, humilladas, consideran que es algo habitual y que deben tolerar.

“Se la habían agarrado conmigo, de eso estoy segura, yo sé que con las pacientes VIH positivo son así.” (N.S.)

Cuando existen estos tipos de tratos crueles, desiguales, no justificados, que humillan y dañan tanto física como psicológicamente a la mujer se está ejerciendo un trato discriminatorio.

Pareciera que el aguantar y soportar el dolor es el costo que debe pagar la mujer por placer.

En los relatos de las mujeres entrevistadas se pueden evidenciar frases de subestimación, y burla por parte del personal médico ante el sufrimiento de las mujeres en su proceso de parto, estas actitudes por parte del personal de salud implican violencia psicológica y emocional contra las mujeres.

d- El Momento posterior al nacimiento

El parto luego de un embarazo deseado es quizás uno de los hechos más importantes en la vida sexual de muchas mujeres. Sin embargo, pocas tienen la posibilidad de tener contacto inmediato con su bebé al nacer.

“Se la dieron a Alejandro, la vistieron todo, le pusieron un gorrito, y se la dieron a él.”(NG)

Michel Odent (2002) señala que es la hora que sigue al nacimiento la que conforma un periodo crítico en el desarrollo de la capacidad de amar.

Durante el proceso del nacimiento, segregamos una serie de hormonas que permanecen en los sistemas corporales tanto de la madre como del bebé justo después del nacimiento. Ambos, la madre y el bebé, se encuentran entonces en un equilibrio hormonal cuya duración tiene una naturaleza vital corta y que, además, no volverá a presentarse en el futuro. (Odent, 2002: 46).

A minutos de nacer los bebés son sometidos a una serie de intervenciones y exámenes, algunos de los cuales a pesar de no ser urgentes, se realizan al momento del nacimiento.

“(…)era tanta la agresividad que ya no quería preguntar nada más, pensé que ya estaba ahí, ya había nacido y estaba bien. Que me di cuenta por lo que entre ellas hablaban porque a mí no me dijeron nada en ningún momento. (NS)

Nacer es en sí un acto traumático: se pasa del medio acuático al medio aéreo, la temperatura cambia radicalmente y lo único reconfortable es el contacto piel a piel entre el/la niño y su madre, quien conserva la temperatura ideal, así como también se ponen en marcha otras dimensiones como la voz y los olores. De esta manera, al establecer el contacto inmediato se estaría dando lugar a un proceso natural, promoviendo además el inicio de la lactancia materna. Además, la succión temprana del pezón, estimularía el desprendimiento de la placenta. ⁹

“Solo la levantaron a través del biombito ese que te ponen. Yo la vi así nomás y ahí enseguida se la llevaron. Segundos fueron lo que la vi.” (N.G.)

Las mujeres no tomamos dimensión de la violencia que sufrimos durante el proceso de parto y post parto, en los relatos se puede notar que el hecho de recordar esta experiencia, el re-preguntar, el volver a ese momento después de un tiempo considerable, conduce a ellas mismas pensar que la experiencia que vivieron no fue una buena, no fue como ellas lo hubiesen deseado. Pareciera que tras la emoción propia del nacimiento, se disuelve el maltrato físico y emocional que recibimos, como en tantos otros aspectos de la vida en que sin darnos cuenta naturalizamos situaciones de violencia y opresión.

e- Heridas que no cicatrizan

Rodrigáñez Bustos (2010) establece que parto es un acto sexual¹⁰, y como tal cada mujer tiene derecho a vivirlo en intimidad, donde se respete su historia, sus necesidades y deseos personales.

“Lo único que cambiaría sería que me den a la nena apenas nace” (N.G.)

“Yo desearía que me trataran de otra manera obviamente, básicamente eso, y que me hagan sentir mejor para que yo haya podido quizás tener el parto vaginal.” (N.S.)

⁹ Semana Mundial del Parto Respetado 2019: “El poder de parir está en vos: que se respete la fisiología del nacimiento, es tu derecho y el de tu bebé” Andrea Caminotti. Psicóloga-Doula.

¹⁰“El parto es un acto sexual en el que toman parte una pareja de seres: la excitación sexual de la mujer inducida por el feto que ha llegado a término, si no estuviese bloqueada por el miedo y la cultura milenaria que pesa sobre ella, produciría la relajación, el abandono al deseo y los flujos maternos necesarios para que el parto y el nacimiento fuera un acontecimiento gozoso y placentero para ella y para la criatura; también para que las criaturas, una vez fuera del útero materno, encontrasen un regazo, un vientre y unos pechos palpitantes de deseo dispuestos a satisfacer los propios anhelos de calor, de contacto físico, de nutrición, higiene y protección”. La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente. (Rodrigáñez Bustos, 2010: 60)

Hablar de partos hoy en día es hablar de maltrato a la mujer, de deshumanización y falta de respeto, es una de las formas en que la violencia de género se manifiesta dentro del sistema de salud como un acto de dominación y poder sobre los cuerpos de las mujeres.

Cuando la mujer puede relatar el maltrato recibido durante el trabajo de parto, adquiriendo consciencia de lo vivido, constata todo aquello que no pudo pedir, lo que no se atrevió a decir, lo que no exigió.

El cuerpo tiene memoria, y los partos donde la mujer sufre violencia obstétrica dejan cicatrices, marcas, físicas y emocionales en la vida de cada una de ellas que difícilmente puedan olvidar.

¿Y los partos respetados?

Nuestro país cuenta con un marco legal con grandes avances en lo que respecta a partos respetados. Sin embargo hay un desconocimiento de estas leyes, no solo por parte de las mujeres usuarias de servicios de salud sino también sino también de los equipos profesionales.

De esta manera lo que parece ser un avance en materia de derechos se traduce en absurdo puertas adentro de la institución de salud a la que concurre la mujer a parir, donde no solo se avasallan sus derechos, sino también el de su hijx por nacer y su familia.

“Y no lo pude lograr, toda la circunstancia hizo que yo no pudiera lograr el parto vaginal, si son pro parto vaginal (como creo que es la Maternidad Martín) en los hechos no hacen que eso sea posible. Todo lo de la columna mía, más la agresividad que ellos tenían hacia mí hicieron que no pudiera.”(N.S.)

La vulneración de derechos que sufren las mujeres en su proceso de parto se manifiesta en cuestiones referidas al respeto de su condición de sujeta autónoma, lo cual se relaciona íntimamente con su condición de ser mujer dentro de un sistema patriarcal que nos enseña desde la infancia a no cuestionar, situación que se traduce en el momento del parto donde las mujeres esperan a ser autorizadas a opinar para hacerlo, a pesar de que cuenten con información respecto de sus derechos.

“No pude decir los miedos que tenía, no pude decirle que me colocaran una

epidural, no pude decir nada, porque era todo como muy “no se puede hacer esto, no se puede hacer lo otro”. No me dejaban decir, la verdad que le falta como institución mucho para ser partos “cuidados” como quien dice, no llega ni al 10% con eso te digo todo.” (L.C.)

Si bien hay ciertos conocimientos por parte de algunas de las mujeres sobre la existencia de partos respetados o bien escucharon hablar del tema y comprenden que la institución a la cual concurren debe garantizar que ello sea efectivo, en la práctica constatan que aquello no ocurre; y, por lo general no pueden expresar la disconformidad con la atención que están recibiendo.

Es tanta la situación de vulnerabilidad en la que se ven expuestas en el momento del parto que la mujer pierde su lugar de ciudadana, de sujeta de derechos.

Es necesario un proceso de transformación sobre el modelo actual de parir y nacer para modificar la situación de malos tratos y deshumanización que atraviesan mujeres y familias; y en este cambio tienen que participar todxs lxs actorxs involucradxs, incluidas las propias mujeres.

CAPÍTULO IV: ALUMBRAMIENTO

Perspectivas para pensar la intervención profesional del Trabajo Social en torno a la problemática de la Violencia Obstétrica.

Al ser la presente investigación un trabajo integrador final para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social, resulta relevante pensar cuál es la función del Trabajo Social en torno al tema trabajado.

Resulta indispensable en primer lugar exponer qué se entiende por intervención profesional.

Cazzaniga (1997) entiende a la intervención profesional como una “puesta en acto” de acciones a emprender a partir de una demanda. Dicha puesta se configura desde una matriz teórica y se da en el marco de una especificidad profesional. Por su parte la intervención está atravesada por el lugar que tiene asignado en el imaginario social.

Siguiendo con ello la autora sostiene que es necesaria la realización de un trabajo de elucidación en relación a la visión teórica ideológica que poseemos como Trabajadorxs Sociales ya que ésta se materializa en esa acción “con sentido”.

En nuestro país en el año 2014, se sancionó la Ley Federal de Trabajo Social, N° 27.072, cuyo objeto es establecer un marco general para el ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional, dicha ley entiende al Trabajo social como:

La profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentos para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (Ley 27.072, Cap. II, art 4).

Así mismo esta normativa establece cuales son las incumbencias profesionales

de lxs licenciadxs en Trabajo Social, de las cuales resulta importante destacar las siguientes para pensar el rol del Trabajo Social en torno a la problemática abordada:

- Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.
- Intervención profesional como agentes de salud.
- Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:
 - Producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.
 - Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

Siguiendo con esta línea de análisis podemos decir que la función principal de Trabajo Social está vinculada a resguardar y garantizar el cumplimiento efectivo de los Derechos Humanos, entre los cuales se encuentran los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres entendiendo que los mismos son vulnerados desde el momento que la mujer llega a una institución de salud muchas veces sin información sobre sus Derechos, o informada pero sin la garantía asegurada de los mismos.

Carballeda (2016) plantea entender la intervención en lo social desde un Enfoque de Derecho, donde se supera la consideración de las personas como “beneficiarias” pasando a ser titulares plenos e integrales de derechos, cuya garantía es responsabilidad del Estado. En ese sentido, establece:

Desde el enfoque de Derechos se considera que el marco conceptual, que da sentido y orientación tanto a Políticas Sociales como a la Intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. Y desde allí tienen la potencialidad de ofrecer un conjunto coherente de principios y pautas

que pueden ser aplicables en las Políticas Sociales y en la Intervención del Trabajo Social. (Carballeda, 2016:02).

En relación a ello, posicionarnos desde un Enfoque de Derechos en relación a la temática abordada en el presente trabajo de investigación nos permite pensar en el empoderamiento de la mujer embarazada concibiéndola como protagonista del proceso de parto, donde pueda recuperar su autonomía, dejando atrás prácticas que la posicionan en un lugar secundario, subordinada al saber médico.

En este sentido resulta oportuno retomar los aportes de Keylor Robles (2017) quien señala que desde la profesión del Trabajo Social

Se deben encauzar intervenciones desde las diferentes dimensiones de atención (principalmente socioeducativa y terapéutica) facilitando procesos individuales y grupales en los cuales se aborden las manifestaciones de este fenómeno social, enmarcado dentro del sistema patriarcal, con el objetivo de brindar herramientas que permitan desarrollar un proceso de empoderamiento en las mujeres que han experimentado estas situaciones, y avanzar en la eliminación de las formas de violencia que sufren las mujeres cotidianamente. (Robles, 2017:118).

Las mujeres entrevistadas no han podido dar cuenta en su relato de un acercamiento con profesionales del Trabajo Social, siendo su mayor contacto con médicxs y enfermerxs. Entendemos que el rol de lxs trabajadores en salud es sumamente importante en lo que respecta a la problemática, en este sentido sería un desafío trabajar junto a ellxs (Médicxs, Enfermerxs, Obstetras, Psicólogxs), propiciando la desnaturalización de situaciones de violencia (por medio de charlas informativas, capacitación, talleres), así como también generando propuestas de prácticas contra-hegemónicas.

La apuesta a la interdisciplina resulta fundamental a la hora de abordar la problemática de la violencia obstétrica, la misma posibilita el intercambio de conocimientos y saberes entre profesionales y no profesionales habilitando una heterogeneidad de miradas donde se pongan en juego saberes populares de la propia comunidad, de la mujer embarazada, generando de esta manera un cuestionamiento a las practicas hegemónicas de atención.

De esta manera un trabajo interdisciplinario debidamente abordado puede

reducir significativamente la violencia obstétrica que padecen las mujeres en instituciones de salud. Al respecto, Cazzaniga (2002) señala:

La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. (Cazzaniga 2002: 09).

Nuestra profesión tiene el deber ético de trabajar en defensa de los Derechos de las mujeres embarazadas y sus familias informando y promoviendo Derechos, y/o encauzando denuncias sobre los casos de violencia obstétrica.

“Nuestra tradición en la elaboración de diagnósticos, los saberes acerca de la vida cotidiana, la relación directa con la población nos coloca en un lugar casi privilegiado como para proponer y defender proyectos que trasciendan el asistencialismo (...).” Cazzaniga (2002:08). Por ello, además de la promoción y la apuesta a garantizar derechos, es primordial promover la visibilización y concientización en el conjunto de la sociedad sobre la problemática.

Y con esto se hace referencia a trascender el asistencialismo: generar espacios donde se pueda re-pensar, interpelar, debatir y reflexionar sobre el modelo de atención en procesos de partos y nacimientos.

La transversalización del enfoque de género en nuestra formación nos conduce a re-pensar nuestras prácticas al momento de intervenir haciéndolo siempre desde una perspectiva de género capaz de identificar, interrogar y cuestionar prácticas de desigualdad y opresión hacia mujeres y disidencias sexuales. En este sentido tenemos una herramienta sumamente valiosa que nos diferencia del resto de las profesiones, así como también nuestra habilidad para la escucha, el contacto directo con la población, la elaboración de diagnósticos sociales y registros escritos. Todas estas herramientas nos colocan en un lugar fundamental para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en su proceso de embarazo y parto.

Reflexiones finales

A lo largo de este Trabajo Integrador Final se ha analizado la problemática de la Violencia Obstétrica entendiéndola como un trato deshumanizado hacia la mujer en su proceso reproductivo.

De acuerdo al recorrido realizado en lo que respecta al marco legal, se pudo dar cuenta que nuestras leyes son innovadoras y de avanzada en el resguardo y promoción de derechos de las mujeres, hijxs y sus familias. Este marco legal es resultado de luchas de organizaciones de la sociedad civil, movimientos feministas que interpelaron violencias históricas silenciadas y naturalizadas.

Sin embargo, a pesar de la legislación vigente, queda un largo camino en relación la implementación efectiva ya que los partos aún se realizan en un contexto de atención en el que predomina el Modelo Médico Hegemónico.

En la ciudad de Rosario la atención en términos de partos respetados tuvo avances, pero es necesario y urgente un cambio de paradigma en los equipos de salud que acompañan procesos de embarazo, parto y post parto; y, fundamentalmente de la sociedad civil y los distintos actores implicados en la problemática.

Un cambio que permita entender a los partos como una experiencia física y emocional, en donde se respeten los tiempos y deseos de las mujeres. Por ello que es necesario como ciudadanxs conocer cuáles son nuestros Derechos para poder exigir el cumplimiento de los mismos. Pero sobre todo es indispensable que lxs distintxs profesionales de la salud así como también lxs agentes institucionales involucrados, respeten las legislaciones vigentes y con el fin de que los Derechos de las mujeres no sean avasallados.

En relación a los objetivos planteados se pudo dar cuenta que desde el momento que la mujer llega a la institución de salud se le imponen una serie de “rutinas” que deshumanizan el acto de parir.

Allí pierde su identidad: no la llaman por su nombre y utilizan diminutivos como “mamita” “gordita” o es tratada de manera infantilizada. No se le informa sobre el desarrollo del parto, se la acuesta en camillas incómodas y el traslado a la sala de parto

suele ser en sillas de ruedas, por lo cual les impiden caminar.

Por otra parte, la mayoría de estos partos son inducidos, lo cual se realiza a partir de la oxitocina sintética que genera como consecuencia contracciones más intensas, seguidas y dolorosas. Las contracciones terminan siendo aún más intensas de lo que el feto puede soportar; y cuando existe algún riesgo para éste, la práctica adecuada es llevar a cabo una cesárea.

Es así como se crean una gran cantidad de *cesáreas-innecesarias* de manera tal que estas prácticas, intervenciones y medicalización impiden que la mujer pueda decidir sobre su cuerpo.

En los relatos se evidencian rasgos de violencia obstétrica ejercidos por los equipos de salud. Las mujeres llegan a la institución sin conocer cuáles son sus Derechos. Y si los conocen; exigir el cumplimiento de los mismos resulta ser un enorme desafío.

En este sentido, si bien la Ley de Parto Respetado define de forma clara y precisa las obligaciones y deberes de lxs profesionales, su implementación depende de muchos factores.

En lo que respecta al Trabajo Social, se puede establecer que la profesión podría aportar a garantizar Derechos desde una mirada integral, siendo fundamental la apuesta a la interdisciplina la hora de abordar la problemática donde converjan distintas miradas, saberes y conocimientos.

Con este trabajo se pretende brindar un panorama acerca de cómo transitan actualmente las mujeres sus experiencias de parto en maternidades de hospitales públicos de la ciudad de Rosario con el fin de visibilizar, sensibilizar y problematizar al conjunto de la sociedad y específicamente al colectivo profesional, buscando de esta manera generar dispositivos, herramientas y estrategias que permitan abordar la problemática desde los diferentes escenarios de intervención.

Proponemos el parto y la maternidad como puntos de partida, porque para nosotras fueron el quiebre de no retorno. Pero cuando luchamos contra la violencia obstétrica, no hablamos sólo de partos, gestaciones o abortos, luchamos por una vida libre de opresión y violencia, pero ante todo luchamos por ganarnos libres, enteras y gozosas.(Osorio, 2019:197).

Bibliografía.

- Arguedas, G. (2014) “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” En Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. XI, N°1, enero-junio Pp. 145-169.
- Bernardo, A. (2004). “Parir como las Diosas” Art. N° 3 de Material de Apoyo para los talleres de capacitación. RELACAHUPAN. Uruguay, 2007.
- Camacaro Cuevas, M. (2010). *La Obstetricia develada: otra mirada desde el género*. Valencia, Venezuela.
- Carballeda, A. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del trabajo social.
- Cartrillo, B. (2015) “Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata”. XI Jornadas de Sociología, 13 al 17 de julio de 2015, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (1997) El abordaje desde la singularidad. Revista desde el fondo. Cuadernillo N° 22. UNER.
- Cazzaniga, S. (2002) Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud.
- Cecchini, S., Rico, N. (2015). El enfoque de derechos en la protección social. En Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R. y Rossel, C. (eds.). Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cobo Bedía, R. (1995) “Género”. En: Amorós, C. (directora) “10 palabras claves sobre la mujer”. Ed: Verbo Divino, Navarra.
- Feletti, K. (2011). “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en Argentina (1960-1980)”. História, Ciências, Saúde. Vol 18/n° 1. Manguinhos, Río de Janeiro.
- Femenías, M. L. (2013). Violencias cotidianas. En la vida de las mujeres. Rosario, Argentina, Prohistoria Ediciones.
- Foucault, M. (1976) Historia de la sexualidad I. México, Siglo XXI Editores.
- Gutman, L. (2017). La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Ed Planeta.

- Hendel, L. (2017) *Violencias de género: las mentiras del patriarcado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Ed Paidós.
- Iamamoto, M. (2005). *La investigación en Servicio Social en el contexto latinoamericano: la experiencia brasileña*. Río de Janeiro: Mimeo. Traducción Nidia Alabarce. Revista Cátedra Paralela N° 2. ISSN 1669- 8843
- Ibarra, M. B. (2017) *“La humanización de los partos: cuando las leyes en salud no alcanzan: una aproximación al análisis de las normas y las prácticas”* (tesina de grado). Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Ingaramo M. A. (2014). “Violencia de género y capacidades institucionales del Estado. Una propuesta de análisis” en Levín S. (coordinadora) *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*, Proyecto LATIn, Iniciativa Latinoamericana de Libros de Textos Abiertos, Ecuador. E-book Pp 95-110 disponible en http://www.proyectolatin.org/books/Políticas_Publicas_CC_BY-SA_3.0.pdf Última fecha de consulta 15 de febrero de 2020.
- Lagarde, M. (1997) *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Managua, Nicaragua, Puntos de Encuentro.
- Lamas, M. (1996). *La perspectiva de género*. Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE. Disponible en: http://www.academia.edu/20808959/LA_PERSPECTIVA_DE_G%3%89NERO_Revista_de_Educaci%C3%B3n_y_Cultura_de_la_secci%C3%B3n_47_del_SNTE Última fecha de consulta: 15 de febrero de 2020.
- Lamas, M. (2007) *El género es Cultura*. V CAMPUS Euroamericano DeCooperacao Cultural. Almada, Portugal.
- Levín, S. (2010) *Derechos al revés. ¿Salud sexual y reproductiva sin libertad?*. Buenos Aires, Argentina, Espacio Editorial.
- Ley Federal de Trabajo Social 27.072/2014.
- Ley Nacional N° 25929/2004. *“De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*.
- Ley Nacional N° 26.485/2009. *“ De Protección Integral a las Mujeres”*
- Ley Provincial N° 12.443/2005. *“De Acompañamiento en el Parto”*
- Liborio, M. (2013) *¿Por qué hablar de Salud Colectiva?* Revista Médica Rosario 79: pp136-141.

- Maffía, D. (2009) Cuerpos, fronteras, muros y patrullas. En revista Científica de UCES. Vol. XIII N° 2. Buenos Aires, Argentina.
- Maffía, D. (2013) Derechos sexuales y reproductivos: algo más que procreación. Disponible en: <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Derechos-sexuales-y-reproductivos.-Algo-más-que-procreación.pdf>. última fecha de consulta: 15 de febrero de 2020.
- Martínez, S. (2009) “Sueños rotos, vidas dañadas. Violencia hacia las mujeres en contextos familiares”,Paraná, Entre Ríos,Editorial Fundación La Hendija.
- Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud. Ponencia realizada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, abril-mayo 1988. Pp 451-464.
- Morrone, B. (2006) El lado oscuro de las nuevas lunas. 2º ed. Editorial Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Odent, M (2016) “Hay un correlato entre como nacemos y el presente”. La Nación. Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/michel-odent-hay-un-correlato-entre-como-nacemos-y-el-presente-nid1900861>. Última fecha de consulta 03 de abril de 2020.
- Odent, M. (2002) El nacimiento y los orígenes de la violencia. En revista Ostare N° 7. Pp 46-50.
- Oiberman, A. (2004). “Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal” Buenos Aires, Argentina,Biblos.
- Ordenanza Municipal N° 8.333/2008. Sobre el establecimiento con carácter permanente de la “*Semana del Parto Respetado*” en la ciudad de Rosario.
- Osorio, V. y Saulo, J. (2019). Parir sin nombre,vivir sin voz. Fundación Soberanía Sanitaria (Ed), Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Tinta Limón.
- Pignatta M. A. (2014). Desafíos de la implementación de políticas. Desde el reconocimiento de derechos hacia la transversalidad de género. En Levín S. (coordinadora) Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina, Proyecto LATin, Iniciativa Latinoamericana de Libros de Textos Abiertos, Ecuador. pp 33-56 E-book, disponible en http://www.proyectolatin.org/books/PoliticasyPublicas_CC_BY_SA_3.0.pdf. Última fecha de consulta 15 de febrero de 2020

- Robles, K. Violencia Obstétrica: una forma de violencia invisibilizada contra las mujeres. Revista Cátedra Paralela N° 14. Pp. 103-121
- Rodríguez Bustos, C. (2010) Apuntes para la recuperación de útero espástico y la energía sexual femenina. Buenos Aires. Ed Madreselva.
- Rodríguez Gustá, A. (2008) Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. En Revista Temas y Debates N° 16, Revista Universitaria de Ciencias Sociales, Año 12, Rosario, Argentina: Facultad de Ciencia Política y RR.II, UNR Editora. Pp 109-129.
- Rodríguez, G. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Aljibe.
- Rovere, M. (2016) El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. Revista Debate Público N° 12 pp. 23-42.
- Salles, Arleen L. F. (2001) Autonomía y cultura: el caso de Latinoamérica. En Perspectivas Bioéticas. Vol . 6 Ed. Gedisa.
- Sau, V. (1989): Diccionario ideológico feminista I. Barcelona: Icaria.
- Sofía Chávez (2020) “*De la violencia obstétrica al parto humanizado, una pequeña batalla ganada*” (tesina de grado). Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Stolkiner, A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social.Volumen 5 Número 1, pp. 89- 95.Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/> . Última fecha de consulta 15 de febrero de 2020.
- Taylor,S.J. Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados, España,Paidós.
- Torrisi, A. (2017) “*Parto Humanizado: las voces de los profesionales en la Maternidad Martín*” (tesina de grado). Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Varela, N. (2016) Prejuicios y tópicos. Desenmascarando al machismo. En Feminismo para Principiantes. Pp 337-352. Barcelona, Ediciones B.
- Vasco Uribe, A. (1987): Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia.
- Vásquez Quezada, M.(2013) Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito. FLACSO Ecuador.

- Zamarreño, F. (2020) El registro como herramienta política para un Trabajo Social desheteronormativo. Revista Margen N° 96. Pp 1-7

Anexo

Entrevistas

N. G. 32 AÑOS Parto 2/03/2017

L- Bueno, la idea es que me cuentes tu experiencia de parto, todo lo que recuerdes de aquel momento.

N- Si, recuerdo todo. Bueno fui para la guardia porque había pasado la noche con muchos dolores, a la guardia del Sáenz Peña, yo me hacía controlar en el Mangrullo.

L -En el centro de salud El Mangrullo.

N -Si ahí.

L -¿Y qué fecha fue tu parto?

N -El 2 de marzo del 2017, en realidad yo tenía programada la cesárea para el 21 de marzo pero se adelanto.

Bueno fuimos porque estuve toda la noche con dolores, toda la panza dura, re mal, no había dormido nada. Bueno no lleve nada, solamente la carpetas con los papeles de los controles, ecografías, análisis; y fui a hacerme un control porque estaba con tanto dolor, todavía no tenía fecha para tener a E., todavía faltaba un poco más.

L -Ah ¿De cuantas semanas estabas?

N -Estaba de 34 semanas, faltaban 2 semanas o 3 me dijo la chica. Bueno, resulta que empecé con muchos dolores, y cuando me llamaron a mí me dicen que voy directo al quirófano porque se estaba como ahogando E., tenía las contracciones muy aceleradas. Me dicen de acá nomas pasa bañate, yo ya había ido bañada igual. Así que ahí nomas me dejaron pero me atendieron.

L -¿Sí? ¿Sentiste que te atendieron bien?

N- Si, re bien, entre me bañe, después me acostaron, me pusieron una aguja para pasarme suero, me pusieron otra por si había que pasarme sangre.

L- ¿Cuándo vos llegaste te explicaron los procedimientos que te iban a hacer?

N- A medida que iba pasando el momento. Cada cosa que pasaba me decían “bueno ahora te vamos a hacer esto, así...” igual yo ya sabía porque a mis otros cuatro hijos los tuve a todos por cesárea, pero bueno igual te explicaban todo, te respetaban, igualmente preguntaron si A. (padre) quería estar en el parto de E..

L -Eso ¿Estuviste acompañada por él todo el tiempo?

N- Si, si, estuve acompañada por el todo el tiempo, igualmente había un psicólogo también ahí adentro, nunca había visto.

L -¿Y cuando nació E. te la dieron en ese momento para que la tuvieras y le puedas dar el pecho, tenerla cerca tuyo?

N -No, se la dieron a A., la vistieron todo, le pusieron un gorrito, y se la dieron a él.

L -¿No te la acercaron a vos para que puedas verla?

N- No, no nada.

L -¿Y vos estabas bien, consiente?

N -Si, si yo estaba despierta. Solo levantaron a través del biombito ese que te ponen yo la vi así nomas y ahí enseguida se la llevaron, segundos fueron lo que la vi.

L -¿Y sentiste ganas de tenerla, abrazarla?

N -Si yo la quería tener como me dieron los otros, porque cuando nacieron los otros chicos corrieron el biombo y te lo ponían en el pecho para que tome la teta. Pero a E. no, le di el pecho como a las tres horas que nació, no me la llevaron enseguida. A mí me pareció muy raro por cuando me sacaron los otros chicos, mientras me cocían, hacían ellos su cosas yo le daba el pecho. Yo tenias ganas de decirle “acercala!” y no entendía porque, si yo me había bañado y estaba todo bien no entiendo porque no me la acerco un ratito. Así que la alce recién como a las tres horas que nació E..

L -¿Vos pediste que te acerquen a E., que te la den en ese momento?

N -Si yo le dije “¿ahora me la ponen acá para tenerla un rato?”, “no, no mama me dicen, temes que esperar”

L -¿Y te explicaron porque?

N -No, no me dijeron porque. O sea yo pensé a lo mejor es por algo, porque tiene algo, se la llevaban porque tenía algo.

L -Claro y eso te generó incertidumbre

N -Claro, pensaba que le había pasado algo... no se... no tiene una mano, no tiene un brazo, un montón de cosas se me pasaron por la cabeza. Porque yo le vi la cara, ni siquiera todo el cuerpecito entero. Pensé que le podía pasar algo y no me querían decir hasta que me operen y todo

L -¿Y cómo fue después te la llevaron a la habitación?

N -La trajeron, la envolvieron y la dejaron en la cuna y me dijeron, cuando vos puedas te levantas y le das la teta, no me la pegaron a mi ni nada, no sé porque, encima A. no había entrado porque había un montón de gente (nombra a familiares), estaban todos enloquecidos, quería entrar uno, quería entrar otro, la enfermera me dice “bueno cuando estés sola y tranquila recién ahí la agarras”. Pero si fuese otra enfermera te la trae y te la pone para que le dé... si yo no me podía ni mover. Así que yo me senté en la cama a la hora y media porque no aguantaba la quería alzar, así que me senté, y por sentarme en la cama se me desprendió un punto.

L -¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos por ejemplo: mamita, gordita?

N -Ah sí, si las enfermeras muy amorosas, solo que no me pusieron la nena después que nació, pero después si me trataron bien, “bueno mamá”, “fijate gordita”, “levántate gordita”.

L -¿Sentías que te lo decían de buena manera?

N -Si, si bien, no en el sentido de que “te gustó hacerlo ahora aguántatela” si, todo lo que escucho, porque eh escuchado que le dicen eso, ahora dicen que se puso terrible ahí en el Saenz Peña.

L -¿Y sentiste que pudiste manifestar tus dudas, inquietudes, pudiste preguntar si no sabías de algún procedimiento que te iban a hacer?

N - Si, yo iba preguntando todo y me contestaban bien.

L -¿Te realizaron algunos de estos procedimientos médicos sin tu consentimiento o sin explicarte por que eran necesarios:

L- ¿Rasurado de genitales?

N - no yo ya había ido lista.

L -¿Indicación de permanecer acostada todo el tiempo?

N -Si me dijeron que me quedara acostada .igual yo por los dolores no me podía ni mover.

L -¿Administración de medicación?

N -si eso también.

L- ¿Supiste si esta institución contaba con trabajador/a social?

N- No, eso no. Lo único que si le pude hacer el documento a E. que se hace en la planta baja.

L -¿Qué cambiarías del parto si pudieras volver a ese día?

N -El parto fue lindo, lo único que cambiaría sería que me den a la nena apenas nace, nada más, pero después lo demás fue todo bien. Fue muy lindo, aparte la experiencia la compartimos con A. porque él estuvo todo el tiempo.

Pero bueno ya te digo lo que cambiaría es eso, que me la den y poder tenerla en ese momento.

L. C. 36 AÑOS. Parto 29/05/2019

L -¿Me contarías lo que recuerdes de tu parto?

LC- Cuando llego a la guardia me atiende una residente, yo ya tenía 8,5 cm de dilatación, ya había ido dos veces y no me quisieron dejar porque tenía 3cm de dilatación así que sufrí todo en casa, sin medicación, así que fuimos directamente a la sala de parto, no me dio tiempo a que pueda entrar alguien, porque casi lo tuve vestida, no me dio tiempo a sacarme ni siquiera los anillos, no me pusieron ninguna medicación,

nació máximo, nació bien. El parto fue todo natural, no me hicieron episiotomía, no me dieron medicación de nada, fue súper natural.

L -¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos por ejemplo: mamita, gordita?

LC- No. Me decían L., me llamaban por mi nombre.

L -¿Pudiste manifestar tus miedos, dudas o inquietudes?

LC-No pude decir los miedos que tenía, no pude decirle que me colocaran una epidural, no pude decir nada, porque era todo como muy “no se puede hacer esto, no se puede hacer lo otro”. No me dejaban decir, la verdad que le falta como institución mucho para ser partos “cuidados” como quien dice, no llega ni al 10% con eso te digo todo.

L -¿Cuándo nació lo primero que hicieron los médicos fue ponerlo en tu pecho?

LC-Cuando nació me lo dieron me lo pusieron arriba mío, apenas salió de la vagina me lo pusieron encima en el pecho, un rato hasta que salió la placenta, después lo llevaron a un costadito, lo cambiaron y yo salí con el bebe, lo llevaron conmigo hasta la habitación.

Algo de lo que vi del Provincial es que como por ahí va gente que es de un nivel muy... no sé cómo decirlo, por ahí de educación de un nivel muy bajo no tratan a todo el mundo igual, hacen diferencia, no porque el otro no entienda algo tenes que tratarlo mal. No, para mí a todas las personas hay que tratarlas por igual, explicarles y atenderlas bien, tanto como en los turnos como en la sala de parto.

L -¿Y vos sentiste que te trataron bien?

LC-En realidad nada de lo que dicen de los partos cuidados y los partos respetados y todas esas cosas es. Es todo mentira, yo tengo 36 años y tengo 5 hijos. De muchas edades de 21, de 17, de 13 años, de 5 años y a M.. Y lo tuve al más grande, que yo era muy chica tenía 17 años, en la Maternidad Martin, que la maternidad era como una sala grande y había muchas camas, una al lado de la otra, ahora esta súper avanzado, nada que ver a lo que era en esa época, yo lo tuve en el `99, imagínate que no había de todas estas cosas, yo sufrí un montón, ese día si yo pensé que me iba a morir ahí, porque me dejaron sufriendo como un perro, me dejaron internada pero estuve sufriendo ahí, rompí bolsa a las 11 de la mañana y R. nació a las 21:30, un parto seco, porque uno va

sabiendo, yo soy técnico radiólogo, me interiorice en todo, leí, busque. Después lo tuve a J. P. en el Español y a A.a y a G.o los tuve en el plaza con la misma obstetra, así que ya te digo pensé que esto iba a ser diferente porque esta todo el tema de parto respetado y la verdad que no, yo sufrí un montón, y eso que yo me la recontra aguanto, pero la verdad que sufrí mucho.

L- ¿Supiste si esta institución contaba con trabajador/a social?

LC- No la verdad que no tampoco pregunte.

L - ¿Qué cambiarías si pudieras volver a ese día?

LC- Si cambiaría algo de ese día.. Me hubiera gustado que me dejaran internada y me pasaran medicación así no sufría tanto, nunca me explicaron nada, ni siquiera cuando fui y me mandaron de vuelta, de decirme: “mira va a ser así”; mas allá de que yo ya tengo hijos, pero bueno eso no tiene nada que ver, creo que es su responsabilidad y su trabajo, me decían solo “hace la fuerza, hace la fuerza”.

N.S. 24 AÑOS. Parto 18/01/19

L -¿Me contarías todo lo que recuerdes del día de tu parto?

N -Mi parto fue el 18 de enero de 2019 en la Maternidad Martin. A la madrugada comencé a sentir dolores como menstruales y mucho sueño, levanto voy al baño y veo que tenía un poquito rosa, raro, pero para la fecha como que no era algo anormal, justo 37 semanas cumplía ese día. Justo ese día tenía turno con la obstetra que yo iba a parir para ver si lo tenía por cesárea o por parto normal, por mi problema en la columna que yo tengo dos operaciones, entonces el parto vaginal no lo iba a poder hacer también por la infección porque soy VIH positivo, entonces ese día era para ver qué pasaba, no llegue. La obstetra justo atendía ese día. Llego a la maternidad a las 3 de la mañana, me lleva mi papá, ya había perdido bolsa en mi casa. Ese día llovía, estaba colapasada la Maternidad Martin. Apenas llego me dicen sentate acá en la silla de ruedas, entre con 2,75 de dilatación pero a mí no me dolía, tenía contracciones mínimas pero no me dolían. De los 3 a los 6 de dilatación se hizo muy largo, me hicieron tacto 6 veces en total distintas personas. Me toco una médica que estaba de guardia.

L - ¿Dónde estabas había otras mujeres?

N -Había habitaciones en el parto y había chicas en camilla en el pasillo, otras chicas teniendo el bebe por parto vaginal pero todo en la misma sala como que se escuchaba todo digamos. Iban y venían a cada rato, pero siempre iban y venían diferentes personas. Siendo que la misma guardia era. Por eso el tacto me lo hicieron diferentes personas que ya de la base no va... voy a hacer un punto y aparte porque quiero decir algo. Ya a los 5 de dilatación me dolía mucho, entonces empecé a pedir la cesárea porque yo sabía que no iba a aguantar, yo empecé a sentir cada vez más dolor y sabía que no iba a aguantar hasta los 10 de dilatación y después poder pujar, siendo también que tenía también el pre asesoramiento de la obstetra que me dijo que lo más probable era que vayamos a cesárea, ese mismo día estaba mi obstetra ahí que le podía haber dicho a los médicos de guardia que yo tengo que ir a cesárea, ella fue hablar pero la obstetra de guardia, no quería que mi obstetra entre, y me decía para que voy a llamarla. ¡Como para que voy a llamarla si es mi obstetra! Es la que estuvo conmigo y la que iba a decidir si yo iba a cesárea o parto vaginal, por mi motricidad en la columna que por ahí no iba a poder llegar a hacer la fuerza que se requiere. Desde los 5 d dilatación yo estaba con mucho dolor, tiraba todo lo que estaba alrededor, empecé a gritar diciendo que quería cesárea, así se habrán hecho las 8 de la mañana desde las 3 de la mañana que entré, después me dicen “no vos vas a tener que seguir esperando mamita” siempre con tonos agresivos, siempre desligándose de la situación. Se iban los llamaba y no venían. A los 6 de dilatación me dijeron que tenía que esperar hasta los 7 de dilatación para que me puedan poner la epidural, yo pedía agritos que me den algo o que me hagan la cesárea.

Yo lo tuve a las 2 de la tarde con 9,90 cm de dilatación, siendo que había pedido la cesárea desde los 5 de dilatación que no me la dieron, me hicieron tacto un montón de veces más, me hicieron la epidural, cuando me hicieron la epidural vino una médica anestesista.

L - ¿Te explicaban todo el tiempo lo que te iban a hacer?

N - Esta medica me explico pero ya mal, forreándome, medio agresiva, me dice que “si vos te moves en el momento que te pongo la epidural tu bebé corre riesgo”, entonces ahí ya te bloqueas. La epidural yo nose si es algo positivo o negativa, tampoco tenía mucha información. Yo estaba pidiendo a gritos la epidural, me conozco, conozco mi cuerpo y

sabía que no iba a poder. Llego la epidural, me hicieron la epidural, habría pasado media hora, ya llegaba a los 6 de dilatación.

L - ¿Todo este tiempo estuviste acompañada?

N -Si estuve acompañada por A., mi pareja. Pero todo el tiempo entraba y salía gente cuando se les daba las ganas. Yo lo único que quería es que me hagan la cesárea, si vos se lo pedís, porque lo pedía a gritos que más necesitan ellos que tu palabra para hacerlo. Yo conozco mi cuerpo mejor que nadie y se cuanto voy a poder y cuanto no ¡y es mi decisión! Mas con mi dolor lumbar que yo tengo una operación de dos hernias de disco de hace 4 años, yo no podía, era como doble el dolor, porque justo en el dolor lumbar era donde tenía que hacer fuerza. Ya habían pasado 14 hs, llegué a los 7 de dilatación y ya tiraba todo, gritaba, como para que me dieran bola; vinieron 5 enfermeras (nose si enfermeras o medicas) y me dijeron “bueno, vos mamita te tenes que tranquilizar porque así no podemos seguir, y sino te vas a otro lado”. Y lo que más bronca me da es que publicitariamente la Maternidad Martin dice ser la mejor maternidad, que ahí te atienden bien, que vas a estar bien, y la verdad que no. Está bien el edificio de la maternidad está bien adecuado para tener un bebe, las habitaciones están bien, las camas están bien, en el baño agua caliente, todo limpio, que no es poca cosa; pero el trato imposible.

Después a los 7 de dilatación vinieron a hacerme otro tacto, viene un tipo y me dice “bueno ahora va a venir a hacerte tacto él”, ¡no! Como va a venir a hacerme tacto un tipo, ya hasta el momento me habían hecho 3 tactos, como va a venir un tipo a hacerme tacto, además de que la médica que me estaba atendiendo me hacia tactos re dolorosos, en un momento le digo: ¡ vos no me haces un tacto más!, si a lo sumo me quieren hacer un tacto me lo hace otra persona, que era la enfermera que estaba con ella al lado que nose si era medica o enfermera, que la veía más tranquila, como queriendo acompañar pero no pudiendo por esta persona que estaba al lado, entonces como que también hay cierta jerarquía que hace que vos no puedas cumplir con tu trabajo.

Yo todo ese tiempo sintiéndome mal porque mi pareja, estaba ahí y es como que no entendía mucho el tema el estaba muy tranquilo, yo tirando todo, venían y me decían “¡porque gritas!”, porque voy a gritar, estoy por tener un pibe tengo 6 de dilatación, no estoy gritando porque vine a hacer un trámite y no me lo están dando. Estoy gritando porque voy a tener un bebe. Después vienen otras médicas diciendo que me calmara que

no podía estar así, si yo estaba agresiva pero porque ellas me llevaron a ese punto, me llevaron a estar en ese momento así, como no van a aceptar lo que yo les estoy pidiendo. Llego a los 8 de dilatación, 9 de dilatación, ahí me hicieron otro tacto, yo le dije que tenía la operación de dos hernias de disco y que ya no podía más, me dijo que ya estaba que tenía los 9 de dilatación y que iba a ir por parto vaginal. Ya había llegado hasta ahí y podía intentarlo, pero todo lo que había pasada me había bloqueado de alguna manera, el maltrato te bloquea, no es lo mismo que venga una persona y que te diga “mamita vos vas a poder” que el término “mamita” te lo pueden decir de muchas maneras, te puede decir un chabón en la calle mamita... es depende de cómo lo decís...

Y no lo pude lograr, toda la circunstancia hizo que yo no pudiera lograr el parto vaginal, si son pro parto vaginal (como creo que es la Maternidad Martin) en los hechos no hacen que eso sea posible. Todo lo de la columna mía, mas la agresividad que ellos tenían hacia mi hicieron que no pudiera.

Entre al quirófano para la cesárea con 9,90 de dilatación. Intente tenerlo pero no tenía fuerzas. Ellas me lo sacaron estuvieron 20 minutos con el bebé, me dejaron a mí en una camilla aparte.

L -¿Tu pareja pudo estar en la cesárea?

N -No, no estuvo en ese momento.

L -¿Te dijeron por qué?

N -Me dijeron porque es una cirugía y hay instrumentos quirúrgicos y no dejan pasar a otras personas.

En el momento de la cesárea estaban todas las que me habían ido a hacer tacto, y mientras comían (era como que se hubieran juntado para comer) se comentaban entre ellas, “viste la agresividad que tenía” “viste como estaba”. Todo mientras yo estaba por tener a mi bebé.

Me lo sacaron y no me lo dejaron ver, yo escuchaba que lloraba, y después veía que lo estaban pesando.

L -¿Vos preguntaste por qué no te lo daban para tenerlo unos minutos en tu pecho?

N -No, no porque ya era tanta la agresividad que ya no quería preguntar nada más, pensé que ya estaba, ya había nacido y estaba bien. Que me di cuenta por lo que entre ellas hablaban porque a mí no me dijeron nada en ningún momento.

Después me dicen “bueno ya esta, te pasamos a la otra camilla, vas a tener que hacer fuerza, te dejamos ahí afuera y ahora te damos a tu bebé”. A los 15 minutos me lo trajeron y ahí si lo pude tener. Después me llevaron una pastilla para cortar la leche, porque al ser VIH positivo no le puedo dar.

Y después fue todo como una tortura, venia una enfermera y te decía que te sentarás, después venia otra y decía que así no podía estar. A mi pareja lo hacían salir a cada rato, limpiaban a las 6 de la mañana pero él a las 4 ya tenía que estar afuera no dejaba ni que se apoyara en la cama. Que normas son esas? De donde salieron ese tipo de normas?

Se la habían agarrado conmigo, de eso estoy segura, yo se que con las pacientes VIH positivo son así.

L -¿Por qué crees eso?

N -No se tienen cierta discriminación también y cierto perjuicio también.

Me dieron el alta a los 4 días a mí, el ya tenía el alta a los dos días. Le hice el documento ahí en la maternidad, lo único bueno, lo único que rescato de la maternidad.

L- ¿Supiste si esta institución contaba con trabajador/a social?

N- No, Trabajador Social no, si había un psicólogo.

L -¿Si pudieras volver a ese día, como desearías que fuera tu parto?

N -Yo desearía que me trataran de otra manera obviamente, básicamente eso, y que me hagan sentir mejor para que yo haya podido quizás tener el parto vaginal. Pero si se están considerando mujeres preparadas para que vos puedas tener un parto vaginal y sin embargo terminan siendo agresivas, en ningún momento cabe que vos puedas tenerlo de esa manera si quizás otras mujeres lo pudieron tener, es bajo presión y en ese momento no saber qué hacer, las esforzaron tanto que lo hicieron. Pero bajo presión fue todo... “si no haces esto, te pasa esto” como con la epidural. O una enfermera que me dijo que ella también había pasado por lo mismo de la cirugía y después pudo tener el bebé. ¡Que sabe ella lo que yo estoy sintiendo y por lo que estoy pasando yo!

B. B. 17 AÑOS. Parto 05/05/19

En el momento en el que se realizó la entrevista estuvo presente la madre de B. Fue quién la acompañó en el parto y participo de la entrevista contando lo que recordaba de aquel día.

L -¿Cómo fue tu experiencia de parto, me contarías todo lo que recuerdes de ese momento?

B-Sí, yo rompí bolsa a las 4 de la mañana, a las 6... 6:30 llegue al Centenario. Y bueno me pusieron goteo y todo... y... ¿como a qué hora empecé con las contracciones?(le pregunta a la madre)

M-A las dos de la tarde.

B-Y bueno a las 7 de la tarde recién me pusieron la epidural.

L- ¿Ósea que vos llegaste a las 6 te ingresaron y a las 7 de la tarde te pusieron la epidural? ¿y mientras tanto?

M - no a ella la ingresan 6 y media de la mañana pero no la querían ingresar porque ella no había llevado la carpeta médica, porque la carpeta médica no estaba ni en la casa de ella ni en la mía, estaba en la casa de la suegra, yo me intente contactar con la suegra un millón de veces, nunca escucho el teléfono nunca nada, entonces yo les dije que por favor me la ingresaran que iba a ir a la casa de la suegra a buscar la carpeta, que por favor me la ingresen porque ya había roto bolsa, tenía miedo que le pase algo a la bebé.

L- claro...

M – me dicen: “bueno te la vamos a ingresar, te damos como máximo una hora para que traigas la carpeta”, le digo que tenía una hora para ir hasta la casa y otra hora para volver. Entonces le dije que la controlara que por favor la tengan ahí porque ella había roto bolsa a las 4 de la mañana. Bueno me la ingresaron de última porque me pelee con la mina. Yo le decía que le daba mis documentos que me hacía cargo porque es menor de edad. Bueno... me la ingresaron, sola...no querían que entre nadie con ella, bueno,

ahí se armo otro lio porque le dije que por favor dejaran entrar a alguien, que ella era primeriza, menor de edad.

L – claro y es su derecho...

M – no, no me dejaron, no discutí en ese momento porque me preocupaba la carpeta, porque no le querían hacer nada hasta que no llevara eso. Así que fui busque la carpeta, me la dieron y enseguida volví. Cuando la llevo le dije que me dejaran entrar ahí donde estaba ella y me dijo que no que ella tenía que estar sola. Yo fui y me metí igual donde estaba, imagínate era madre primeriza y estaba sola... me sacaron y me dijeron que ya me iban a dejar entrar en algún momento. Estaba afuera no tenias novedades, no sabía nada, como a las 12:45 nos dijeron que podía entrar una persona, entro mi hija mayor, se quedo con ella un buen rato. Después le dije a la doctora que salió como estaba mi hija, porque no tenían señal ahí adentro, no le llegaban los mensajes ni nada y no sabía nada, entonces le pedí un parte médico para saber cómo estaba mi hija y me respondió que ya iba a salir la otra chica porque no puede estar más, entonces le dije : “la otra chica se queda, no la quiero ver afuera porque se va a armar un lio terrible, la otra chica se queda porque mi hija es menor y ella es mayor, por lo tanto se va a quedar adentro, y cuando mi hija quiera salir o ir al baño entro yo” .

Bueno así que ella se quedo y cuando quiso salir al baño...

L – entraste a acompañarla vos.

M – no, no entre la acompañe a mi otra hija al baño porque no sabía dónde estaban, porque encima un desastre el Centenario no tenés los baños, la maternidad horrible. Había un tipo medio raro ahí abajo, así que decí que no la deje sola ni nada. Así que fuimos al baño después la acompañe de vuelta arriba. Cuando volvimos entre yo, ella (B) me dijo que me vaya a descansar, que se quedara la hermana, así que volvió a entrar.

Tuve que rogarles para que le pongan la epidural porque la tenían ahí muerta de dolor. A las 13 arranco con unos pequeños dolores, después se volvieron insoportables; me dijeron que si que se la iban a poner, que cuando dilatara.

La cuestión es que ya habían pasado dos horas y no dilataba y estaba cada vez peor y cada vez peor. Le decían que no se levante. Le digo como quieres que haga con los dolores que tiene, por lo menos se paraba y hacia un par de flexiones.

L – claro le aliviaba un poco.

M – si le aliviaba. Después vino una y le dijo que no podía estar parada. Y bueno la veían que ya no daba más. Las otras que estaban al lado no sabes cómo gritaban y encima no le dejaron entrar en todo el día a ningún familiar.

L – bueno, que bueno que ella te tenía a vos que te podía manifestar y exigir.

M – bueno en un momento cuando salí estaba la madre y el marido de una chica y me dicen “¿cómo te dejaron entrar?” Como no me van a dejar entrar un momento tan importante para mi hija, como la voy a dejar sola.

Así que después pidieron, pelearon y al final entro la señora. Pero ellos hacia dos días que estaban ahí. Porque no sabían si la chica iba a cesárea o no.

L – bueno tu mamá ya me estuvo contando algo, vos (B) en tu parto, ¿sentiste acompañamiento? ¿Sentiste contención?

B- si yo estaba bien.

L – ¿no te sentiste sola?

B – no.

L – y el personal de salud, lxs medicxs, enfermerxs, te explicaban todo lo que te iban a hacer, los procedimientos...

B – no, nada...

L – Te trataron con sobrenombres tipo “mamita” “gordita” “chiquita” de manera infantilizada, pensando que quizás vos no entendías lo que estabas atravesando.

B – Una enfermera me decía “dale mamita, hace fuerza”... pero bien, no de mala manera.

L – ¿Y la tuviste por parto vaginal?

B – si

M – si, la tuvo por parto natural, la acompañe yo en ese momento, después yo estuve cuando la llevaron a ponerle las vacunas y la cambiaron. Ella se quedó un tiempo más porque tenía que despedir la placenta. La bebé no se le prendía a la teta, a ella no le bajaba ni siquiera el calostro, estuvo casi dos días sin tomar leche porque no le querían dar una mamadera, después vino una enfermera re buena que apenas la vio busco y le trajo una mamadera y le dieron pastillas de levadura de cerveza para que ella pueda producir más leche.

Yo vi que había mucho desorden, en todo, por ejemplo en ese lugar que estaba ella ponen a todas juntas, mamás que habían perdido el bebé, que no la puedes tener en la misma habitación donde hay bebés llorando y vos acabas de perder a tu hijo, a mi me pareció que eso estaba mal, había dos mamás que estaban en esa situación, incluso había una mamá que se la pasó llorando desde que la trajeron hasta que la llevaron a la morgue a ver el cuerpo del bebé, a mi me pareció fea esa situación porque ella estaba dándole la teta a su hija y la otra mujer llorando desconsolada porque había perdido el bebé, son cosas del hospital que a mí me parecen horribles.

El Centenario no tiene una maternidad como la gente, ella no quería tener ahí pero desgraciadamente de la maternidad Martín si íbamos allá, nos iban a derivar al Centenario, porque es lo que le corresponde a ella por la dirección.

L -¿Cuándo nació la bebe te la dieron para que la puedas tener?

B -Si apenas salió me la pusieron para que le dé un beso y la pueda tener, tenía que esperar 15 segundos para que cortaran el cordón

L -¿sentiste que pudiste manifestar tus miedos, dudas o inquietudes?

B - No, no preguntaba nada...

L -¿No preguntabas porque sabias el proceso, lo que iba a pasar?

B - Si yo sabía, mi mamá me contaba.

L - ¿y te realizaron algunos o varios de estos procedimientos médicos sin tu consentimiento o sin explicarte por que eran necesarios? (si no te suena alguno por el nombre preguntame)*rasurado de genitales *enema *indicación de permanecer

acostada todo el tiempo *rotura artificial de bolsa *administración de medicación o goteo para apurar el parto * tactos vaginales *maniobra de Kristeller *episiotomía *cesárea

B - Si me pusieron goteo, y me hacían tacto cada una hora, y cuando llegue a los 5 de dilatación cada media hora. Episiotomía también porque me había desgarrado, la bebé era chiquita pero tenía la cabeza grande.

L - ¿El parto fue como lo esperabas o te lo imaginabas de otra manera?

B -Yo ya me daba una idea de cómo iba a ser, miraba videos de YouTube de parto en el embarazo.

L- ¿Supiste si esta institución contaba con trabajador/a social?

B- No, no escuchamos si había Trabajadora Social.

L -¿Si pudieras volver a ese día, cambiarías algo?

B - No, no cambiaría nada, pero igual no volvería a tener otro bebé.