



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

“Partos ‘humanizados’, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos”

Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas

Celeste Mariel Jerez
L.U. 33.257.932

Directora Dra. Déborah Daich

Mayo 2015

Al horizonte de mis estudiantes de 1° año de la Escuela Secundaria n° 23, de Villa La Loma, Lomas de Zamora; para que nunca dejen de asombrarse, cuestionar y defender su condición de sujetos plenos de derechos y deseos.

En especial, a la memoria de Fede Martínez.

Índice

Agradecimientos	3
Introducción	5
Diseño metodológico	14
Capítulo I- “El reclamo que se hace <i>carne</i> ”: la violencia obstétrica.....	16
1.1. Las leyes, el proceso de reconocimiento y conceptualización de la violencia.....	19
1.2. El feminismo como marco interpretativo para la violencia obstétrica	23
1.3. El legado feminista. Del parto humanizado a la violencia obstétrica como violencia de género	30
Capítulo II- Resignificación del imaginario social del parto: del parto como pecado original al parto humanizado	38
2.1. Parir como acontecimiento fisiológico: el modelo tecnocrático de nacimiento	39
2.2. La difusión histórica del imaginario negativo del parto	43
2.3. El parto como mucho más que un acontecimiento fisiológico	46
2.4. Circulación de ideas: la llegada del parto sin dolor a América del Sur	51
2.5. “Parirás sin dolor” en Argentina: la pareja embarazada igualitaria y los profesionales de la salud.....	53
2.6. La humanización del parto, heredera del parto sin dolor	59
2.7. Relaciones de poder en la <i>puja</i> por la atención actual de los partos	60
Capítulo III- Paradojas de la humanización del parto	72
3.1. La humanización del parto como categoría polisémica	72
3.2. Partos, mujeres y movimiento feminista: ¿la maternidad obligatoria cuestionada?	80
3.2.1. La agrupación MBA y el trabajo “en territorio”	81
3.2.2. DCL: entre el activismo online y los talleres arancelados	87
3.2.3. Entre la clase y el género: sobre diversas “humanizaciones” del parto	91
3.3. Entre el instinto y el aprendizaje: el parto humanizado y “la vuelta a lo natural”	93
3.4. Humanización del parto y violencia obstétrica: ¿qué partos merecen ser <i>empoderados</i> ?.....	98
Conclusiones	109
Anexo	118
Referencias bibliográficas	126

Agradecimientos

Comencé el trabajo de campo el 22 de mayo del 2012, cuando en la Legislatura Porteña se realizaron actividades por la Semana Mundial por el Parto Respetado. Varios hechos importantes en mi vida ocurrieron en superposición con estos casi tres años de trabajo con la presente tesis. Terminar la cursada de la carrera, recibirme de Profesora, alternar entre dos trabajos, mudarme sola. No fue sencillo, y por eso esta tesis llevó tanto tiempo. Sin embargo, desde que comencé la carrera estuve convencida de que iba a cerrarla con una tesis. Esta afirmación fue posible (entre otras cuestiones) porque hubo personas que desde los inicios me acompañaron, me dieron aliento y me nutrieron con sus inquietudes, reflexiones y pasiones...

A mi mamá Silvia y a mi papá Daniel, porque me enseñaron a viajar y a distanciarme de lo cotidiano; así como, sin quererlo, me demostraron que vale la pena formarse para cuestionar e intentar transformar la realidad. En especial a Sebas, porque en su abrazo encuentro la libertad y el asombro. A mi tía Adriana y a mi primo Damián, porque sus alas coloridas potencian las mías. A mi hermano Gonzalo y a mi hermana Belén, porque a través de ella/os aprendí la horizontalidad en las relaciones. A mis abuela/os, a Monona por su lealtad; a Libertad por su arte; y a Cocó por su detallismo. A mis amigas, amigos y amigas, que son mi familia. A las pibas (y el pibe) de zona sur, a Flori Buet, a Cris "Chispita" Silva, a Ana "la Poly", a Barbarita, a Aimé "Kosako" y a Cami, porque no importa el tiempo que pase, ella/os siempre están. A Maxi "chiche boliche" Reale, por su inmensa amistad. A mis compañera/os, amiga/os y colegas de Puán, no es casual que éste espacio siempre haya sido un lugar cómodo, al que quiero llegar. En primer lugar a Fer Juanolo, porque su humildad es tan grande como sus enseñanzas donde quiera que esté. A Silvita, porque desde el CBC su risa me hace sentir más viva. A Vicko y Flori A., personas sensibles y sabias que me muestran el camino. A Lucho, amigo, colega y compañero de trabajo, por potenciar mis reflexiones. A Tati y Agus, porque su frescura cotidiana activa mi creatividad. A la Jose, Andy, Tami, Pablito, Flor "Oro", Tom, Juli Pesta, Rochi, Anita, por la simpleza de vivir junta/os momentos intensos. A mis estudiantes de la Escuela Secundaria n° 23, compartir el aula con ella/os me hace re- afirmar que vale la pena politizar lo cotidiano. A Verónica

y a Laura, por enseñarme que las metodologías cualitativas y cuantitativas solo cuando dialogan, se fortalecen. A mis compañera/os de danza contemporánea, porque con ella/os la Antropología se hace *cuero*. A mis dos grandes Maestra/os, Marta y Carlos, simplemente gracias.

Cuando elegí estudiar Antropología muchas preguntas, frustraciones y sinsentidos me atravesaban. No sé si conseguí responder todas esas preguntas; lo que sí sé es que encontrarme con la Antropología Feminista me permitió entender *porqué* me hacía tales preguntas. Por eso, le agradezco a Mónica Tarducci por su militancia en enseñar (me) la pasión como acción política, propia del feminismo. A cada una de mis compañeras y amigas del equipo UBACyT “Género, política y sentimientos: Sexualidad, reproducción y parentesco en la Argentina” y de la Colectiva de Antropólogas Feministas; valoro enormemente estos espacios porque me posibilitaron darle un marco teórico- político al proceso de elaboración de mi tesis. A Valeria Fornes, por su generosidad, porque “a través” de sus partos pude construir conocimiento. Y, en especial, a mi directora Déborah Daich por estar siempre presente en este trayecto, por desafiarme en cada devolución y corrección de los borradores, por haber sido parte de los aprendizajes en investigación que me dejó esta tesis.

A las agrupaciones MBA y DCL, les agradezco infinitamente por permitirme tanto “transitar” por sus agrupaciones como reflexionar a través de sus militancias.

Introducción

Cuando a mediados del 2011 leí los textos de Michelle Sadler (2004) y Valeria Fornes (2009), supe que se convertirían en referentes teóricas claves de esta tesis. Me detuve en su referencia a la existencia en América Latina de mujeres que logran “partos humanizados/ respetados”¹ en sus hogares y en algunos hospitales, donde efectúan un empoderamiento de sus propios cuerpos, es decir, donde pueden ser concientes de su protagonismo al momento de parir, elegir a la/os acompañantes, ser ayudadas por parteras, parir sin demasiadas (o nulas) intervenciones médicas y experimentar espacios donde poder expresar deseos, angustias y sentimientos. Me preguntaba, ¿quiénes son estas mujeres que logran ser “protagonistas” de sus partos? ¿Qué significa específicamente este protagonismo durante el parto? ¿Cómo logran desafiar al intervencionismo médico? ¿Qué características hacen que un parto sea humanizado?

Sin embargo, mi interés etnográfico no pasaba por mujeres “sueltas” que concretaban partos humanizados en sus casas o en alguna institución. El hecho de militar durante cinco años, mientras estudiaba Antropología, en un Centro Cultural y Social de mi barrio en la zona sur de la provincia de Buenos Aires, donde brindé talleres y coordiné actividades, hizo que la temática de la organización junto a otra/os para concretar objetivos estuviera muy presente en mi vida. Fueron claves ciertos

¹ A continuación, realizaré algunas aclaraciones de pautas de estilo empleadas en la presente tesis, en relación al uso de comillas y cursivas para los casos en que no sean utilizadas según las normas de puntuación (García Negroni y Pégola, 2004). En primer lugar, entrecomillaré los conceptos de “parto humanizado/ respetado” y “violencia obstétrica” aunque los mismos sean definidos en las leyes nacionales nº 25.929 y nº 26.485. Lo mismo haré con los términos “humanización del parto”, “humanización”, “humanizar”, “ideario de la humanización del parto”, “parto en casa” y “parto sin dolor”. Esta decisión de estilo se debe a que en la presente tesis uno de mis objetivos -como será explicado en las siguientes páginas- es el de comprender los múltiples significados que cada uno de estos conceptos contempla, dependiendo de quiénes lo propongan y con qué finalidades políticas lo hagan, y los alcances de género y de clase que comprenden. A su vez, en el caso de los términos utilizados en las leyes nacionales, el uso de las comillas comprende la intención de analizar cómo se han identificado en la historia reciente (y quiénes lo han hecho) determinadas situaciones de la vida social para interpretarlas hoy como un problema. Hechas las aclaraciones de estilo y para no sobreutilizar este signo de puntuación, entrecomillaré solo la primera vez que emplee estos conceptos. En segundo lugar, utilizaré las comillas y las cursivas de modo indistinto (García Negroni y Pégola, 2004) para resaltar palabras a las cuales quiero que el/la lector/a preste especial atención y/o para promover una duda del sentido que habitualmente se le da a la misma, y de esta forma, abrir la posibilidad de su análisis.

debates de los que participé en aquella etapa, acerca de en qué barrio dar los talleres, las posibilidades de acceder a talleres de arte del barrio, las necesidades económicas de la/os talleristas y, en este sentido, la gratuidad o cobro de los mismos. A su vez, durante estos años el feminismo reforzó este aprendizaje, le dio forma. Articular, complementar y discutir junto a otras, es el motor para politizar la vida cotidiana. Las opresiones, pero también los placeres cotidianos de cada una, se transforman en lazos, en fuerza, cuando nos reunimos; en construcción colectiva cuando tenemos un proyecto social en común. Este proceso me fue permitiendo acotar el universo de investigación y me llevó a focalizarme en agrupaciones que promovieran y/o militaran el parto humanizado o criticaran la “violencia obstétrica”. Encontré en el año 2012 que existían en nuestro país varias agrupaciones que promovían el parto humanizado/respetado², como grupos de “partos en casa”, militantes feministas, parteras organizadas, grupos de crianza y mujeres independientes. Esta multiplicidad de actores y agrupaciones con sus respectivos discursos en relación a la problematización social del parto de las mujeres, me dio una dimensión del peso social que el “parto humanizado” tiene en la actualidad.

A su vez, si como antropóloga feminista me preocupa la ausencia de derechos para decidir sobre el propio cuerpo, como es el caso de la inexistencia de una ley que garantice el aborto legal, seguro y gratuito, me pregunto ¿qué relación existe entre la ausencia de estos derechos de las mujeres y la garantía del ejercicio de otros derechos, como es el caso de las leyes sobre parto humanizado/ respetado y contra la violencia obstétrica? Si los cuerpos de las mujeres son naturalizados, disciplinados y politizados de maneras diversas, ¿cómo construir un problema de investigación a partir de la *puja social* por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo? ¿Puede el análisis sobre el control del parto darnos pistas sobre la negación del aborto y, es más, hacer referencia a ciertos mandatos sobre los cuerpos de las mujeres? ¿Cómo encontrar un referente empírico relacionado al parto que concentre estas relaciones?

² Los términos “parto humanizado” y “parto respetado” son utilizados como sinónimos en la ley nacional n° 29.929. Sin embargo, estas dos expresiones tienen sentidos distintos en algunos contextos, cuestión que excede los límites de la presente tesis.

Tuve mi primer contacto con la agrupación MBA³ en el Encuentro Nacional de Mujeres que tuvo lugar en Paraná, provincia de Entre Ríos, en el año 2010, a través de una publicación⁴ que recibí de ellas en una plaza de la ciudad. En aquel momento me sensibilizaron tanto las imágenes de la portada del folleto (el rostro de una mujer gritando), la principal consigna *¡Parir con placer, Parir con poder!*, como los relatos acerca de partos clínico- hospitalarios de diversas mujeres incluidos en el interior de la publicación. Guardé aquel folleto en un cajón de mi escritorio. Un año después, cuando estaba cursando el Seminario de Tesis Anual con orientación en Género, un grupo de crianza visitó el Centro Cultural y Social en el que militaba buscando un espacio para desarrollar sus actividades. Era un grupo de seis mujeres con sus bebés, niñas y niños, que a partir de entonces comenzaron a reunirse en nuestro Centro para compartir experiencias de crianza de sus hijas e hijos; a su vez, la mayoría había tenido sus partos en casa y presencié una reunión en la que sociabilizaban sus experiencias de partos. En aquél momento recordé el folleto de MBA y sentí una sensación inexplicable respecto al grupo de crianza: probablemente esas mujeres habían comenzado un proceso de *empoderamiento* con sus partos y necesitaban posteriormente juntarse entre ellas. “Están discutiendo con el conocimiento médico”, pensé tímidamente. Pero el hecho de recordar a la agrupación MBA, sumó otra sensación. A partir de una clara perspectiva feminista, esta agrupación planteaba sus fundamentos y acciones en relación al parto humanizado; ¿cómo hacía un grupo de mujeres para posicionarse a través del feminismo en la temática del parto? Me inquietaba, quería entender. Cuando llegué aquel día a mi casa, busqué el folleto y debajo de la fotografía de portada decía: *Podemos ser mujeres sin ser madres, podemos ser madres sin parir*,

³ Utilizaré las siglas MBA y DCL para nombrar a las dos agrupaciones de mujeres con las que he realizado trabajo de campo más intensivamente, las cuales no se corresponden con el nombre original. Con el objeto de resguardar la identidad de los sujetos de estudio, en esta tesis se mantiene el anonimato tanto de estas dos agrupaciones y algunas de sus actividades, como de todas las personas entrevistadas, omitiendo y modificando sus nombres, a la vez que procurando la confidencialidad de la información que permitiría identificarlas.

Exceptuando estas dos agrupaciones y los sujetos entrevistados, los nombres de las demás agrupaciones, asociaciones civiles y grupos de profesionales citados se han mantenido así como los nombres de varias personas relacionadas al campo de estudio. Un ejemplo es el de la Asociación Civil Dando a Luz. Lo mencionado tiene que ver con que los mismos aportan a construir datos específicos sobre la historia de las leyes relacionadas al parto respetado/humanizado y a la violencia obstétrica en Argentina, y/o aportan a visibilizar la complejidad, amplitud y heterogeneidad del campo estudiado en cuestión.

⁴ Ver Anexo- Imagen 1.

pero también podemos parir sin sufrir. La temática atravesaba muchas de mis inquietudes como antropóloga feminista. Entendí entonces que la temática de investigación de mi tesis en Antropología Sociocultural orientada en Género serían las mujeres organizadas y la “humanización” del parto.

Esta primera experiencia me aproximó a los términos “parto humanizado” y “parto en casa”, por lo que una de las primeras cuestiones en las que reparé fue tanto en el tipo de propuestas en relación al parto como también en los actores y sectores sociales en los que se enfocaba cada agrupación.

Decidí entonces que una de las agrupaciones con las que haría trabajo de campo sería con la agrupación MBA. Sus inicios sucedieron cuando algunas de las integrantes se conocieron en el Encuentro Nacional de Mujeres de 2009, que tuvo lugar en la ciudad de San Miguel de Tucumán. En el taller de Salud Sexual y Derechos Reproductivos de ese año, surgió la idea de discutir la temática de la violencia en los partos y varias allí presentes quedaron en contacto por el interés en el tema. Inclusive dos de las interesadas ya se conocían porque habían compartido una formación con la partera Raquel Schallman⁵. Aunque no volvieron a juntarse, al año siguiente la Asociación Civil Dando a Luz realizó una actividad financiada por el Consejo Nacional de las Mujeres, en el que se convocaron mujeres interesadas en el parto y allí algunas volvieron a cruzarse. Es en esta actividad que Luciana conoció a Valeria Fornes, una antropóloga que ya tenía un recorrido académico y de militancia en el tema. A su vez, en la Semana Mundial del Parto Respetado de aquel año, varias de ellas nuevamente se encontraron en las actividades propuestas. Durante estos meses, fueron intercambiando sus trayectorias en la temática del parto vía e-mail y, así, planearon una primera reunión. En ella planificaron el viaje como agrupación al Encuentro Nacional de Mujeres de ese año, el 2010, en Entre Ríos, y comenzaron a darle forma a

⁵ De esta manera una de mis entrevistadas describía la formación: “Es una formación de abordaje corporal emotivo muy interesante, una herramienta para laburar con la gestación” (Entrevista a Luciana, agrupación MBA, noviembre del 2013). Raquel Schallman es partera egresada de la Universidad de Buenos Aires y corporalista. Participó en los inicios de la Asociación Civil Dando a Luz, aunque ya no forma parte de la misma. Además de asistir partos institucionales y domiciliarios, ofrece distintos cursos y seminarios para profesionales e interesados en el tema: “Asistir y acompañar el parto-nacimiento respetado”; “Preparación para el parto - Introducción al abordaje corporal emotivo”; “Parto Libre - Asistir sin intervención”; “Abordaje Corporal Emotivo”. Es autora del libro *Parir en libertad, en busca del poder perdido*. (<http://www.partolibre.com.ar/Principal.html>. Fecha de consulta: febrero 2015).

la publicación que llevarían para difundir, aquélla que yo recibí en el Encuentro y que describí anteriormente. Me parece interesante destacar qué influencias ideológicas tuvo MBA a partir de los recorridos previos de las integrantes. Algunas, como Valeria, venían claramente posicionadas desde el feminismo y desde la academia, otras desde corrientes políticas como el anarquismo y el socialismo, Luciana había militado en un partido de izquierda y todas habían participado en seminarios de formación o cursos relacionados con el abordaje corporal- emocional del parto (inclusive algunas de ellas hicieron en el transcurso de estos años la formación como doulas⁶). Aunque con recorridos distintos, las siete mujeres que se juntaron aquél día se unieron por el interés en la temática de la vulneración de derechos durante el parto, con el objetivo de llevar la temática al Encuentro Nacional de Mujeres. En palabras de una de mis entrevistadas, el parto se transformó en el eje de la militancia de la agrupación:

Luciana: Yo venía medio como cansada de esta cosa del ambiente del parto como tan (+) rosa y tan... de todo, rosa, elitista, idílico, romántico, todas cosas que en realidad no tiene... o no es lo que a mí me interesa visibilizar (...). Entonces lo que a nosotras nos interesaba era... lo que teníamos en común era siendo feministas ¿cómo acercar esta temática a los espacios feministas? A algunas feministas que estaban tan enojadas y (decían): “bueno ¿así que sos madre?, lo siento, jodete, quedate en tu casa mínimo”.

Me parece oportuno resaltar que el objetivo principal entonces era llevar como agrupación la temática del parto a algún taller del Encuentro y a su vez, subrayar con quiénes querían discutir partiendo desde una clara postura feminista.

A mediados del 2011 una trabajadora social que había compartido una formación académica con Valeria, le propone articular a la agrupación MBA con el taller de “Violencia y adolescencia” que se desarrollaba en la villa 21- 24 del barrio de Barracas, organizado por la Comisión de Derechos Humanos Villa 21-24 y trabajadoras sociales. La agrupación MBA fue convocada ya que en el taller surgían casos de adolescentes embarazadas que sufrían violencia en la atención hospitalaria de sus embarazos y partos, y desde el taller necesitaban herramientas para acompañar a estas mujeres. De esta forma la agrupación comenzó a coordinar las charlas- debate tituladas “Mujeres y embarazo” en la Villa 21- 24 una vez cada quince días, que eran muy concurridas, donde además de la difusión y discusión de las leyes nacionales

⁶ Este concepto será definido en el capítulo II, punto 7, titulado “Relaciones de poder en la *puja* por la atención actual de los partos”.

sobre parto humanizado y violencia obstétrica (n° 25.929 y n° 26.485 respectivamente), debatían sobre deseos, sexualidad, maternidad elegida y aborto. Este objetivo de incorporar aspectos ya promulgados a la práctica cotidiana en un barrio emergente de la Ciudad de Buenos Aires, lo continuaron profundizando en los meses siguientes. Es decir, articulando las propuestas del parto humanizado con las mujeres de la Villa 21-24 de Barracas.

Claramente, como vemos en este fragmento, son las mujeres las destinatarias con quienes co- construyen sus actividades, pero ¿qué mujeres? Visibilizando las diversas realidades socio- económicas que atraviesan, la agrupación MBA se enfoca en trabajar las propuestas del parto humanizado en un barrio emergente con necesidades específicas de las mujeres, con el objetivo de llevar mejores condiciones de parto a los hospitales públicos. Así, me propuse entender las propuestas y reivindicaciones, y también los alcances sociales en términos de clase que las agrupaciones tienen al promocionar o militar el parto humanizado. Para enriquecer el análisis etnográfico necesité otro referente empírico, es decir, trabajar comparativamente con otra agrupación de mujeres como referencia.

Mis primeros contactos con la agrupación DCL fueron a mediados de 2012, cuando fui explorando posibles referentes empíricos a través de blogs y redes virtuales en los que las mujeres y diversas agrupaciones expresan su “activismo online”⁷ en la temática del parto en casa. Particularmente, la agrupación tenía en su momento una sección en su página virtual donde algunas mujeres contaban sus experiencias de partos domiciliarios, donde se mostraban fotos acompañadas por parteras, y en presencia de parejas (en este caso, todos hombres) y en algunos casos, también de otras hijas e hijos. Así me lo explicaba una de sus integrantes:

Laura: DCL en realidad empezó como un espacio en Facebook, en las redes sociales, como para difundir que hay otra manera de parir, de criar a esos niños que nacen desde otro lugar que la que tenemos impuesta culturalmente, digamos. Yo trabajé diez

⁷ Entiendo este término como una forma particular de politizar la vida social a través de Internet (principalmente mediante redes sociales como Facebook, o blogs y páginas web) que las agrupaciones y sujetos vienen realizando en los últimos 10 años. Es interesante para el feminismo, aunque desborda los límites de esta tesis, comprender este fenómeno en términos de “cómo los sujetos se transforman en actores políticos por medio de conexiones en redes” (Núñez Puente, 2011: 88), y de las estrategias online utilizadas para acciones políticas concretas afines al movimiento, como las convocatorias para las marchas y para actividades puntuales.

años en el mercado publicitario entonces bueno, generaba piezas virtuales y demás, y se fue como generando un intercambio virtual que fue creciendo. Así las conozco a Kari, que es puericultora, y a Malena, que es la otra integrante, periodista.

Me parece interesante destacar que en esta cita la entrevistada describe la relación entre su profesión y la difusión de material acerca de partos en las redes virtuales. El hecho de que la entrevistada también focalice en las profesiones de las otras dos integrantes de la agrupación destaca que fueron sus recorridos previos profesionales los que aportaron al perfil que tendría el grupo. Es interesante resaltar que si en la agrupación MBA los recorridos previos de las integrantes se relacionan con sus ámbitos de militancia partidaria y sus posturas ideológicas, en DCL los recorridos tienen que ver con las profesiones con las que cada una aporta al perfil del grupo.

A su vez, DCL tuvo sus comienzos en el año 2011 cuando, a través de las redes sociales, sus integrantes se contactaron para una actividad puntual:

Karina: No nos conocíamos pero trabajando empezamos a congeniar, éramos 3 mujeres desconocidas que cada una venía como de ámbitos muy distintos. En realidad, lo que nos unió fue el tema de la ampliación de las licencias ma-parentales. Viste que actualmente en la Argentina tenemos 45 días luego del parto las mujeres, y los varones 48 horas. Muy gracioso, dijimos “bueno, nos juntamos” por mail (...). Fundamentalmente el primer objetivo fueron las licencias, pero también de alguna manera es tratar de exponer todo el tiempo el tema de la maternidad, sacarlo para afuera, que justamente no sea “bueno, lo que pasa adentro”.

Comenzaron con el objetivo de extender las licencias ma- parentales por parto y nacimiento de hijas e hijos, articulando para difundir información sobre la temática y para reclamar la extensión de las mismas en la Legislatura Porteña. A su vez, otra actividad que las nucleó fue la difusión de los saca-leche maternos, dispositivos que permiten continuar con la lactancia materna cuando por ejemplo, la mujer que ha sido madre debe volver a su jornada laboral y no puede estar físicamente para amamantar a su hija/o. Ambas actividades tuvieron difusión a través de revistas como *Oh La Lá*, *Elle*, *Para Ti*⁸, así como también en suplementos de los diarios *Página 12* y *Clarín*.

⁸ Como se verá en las siguientes páginas, considero que la difusión de las propuestas y actividades de las agrupaciones en determinados medios de comunicación –entre otras cuestiones- es un punto fundamental para analizar en términos de los alcances de clase y de género.

Al año siguiente, en el 2012 su trabajo se focalizó en una problematización particular de la maternidad y el parto en sus talleres de “Grupos de embarazadas”, con arancel definido:

Karina: (...) Intentamos deconstruir esto que está tan impuesto, de que tu parto tiene que ser así, como te lo dicen. Después *la decisión es de cada mujer*, mostrar las diferentes opciones, circular información, que las mujeres tomen el poder. La idea es difundir en los grupos lo que hay en materia legal. (Las cursivas me pertenecen)

¿Cómo operan las distintas retóricas sobre el parto en un contexto de desigualdades sociales? En un momento en que el parto humanizado/respetado es una temática que ciertos sectores, agrupaciones y mujeres problematizan, me encontré con dos organizaciones de mujeres que atienden a la cuestión pero desde distintas trayectorias y propuestas, con diferentes enfoques de clase. Al comenzar esta tesis mi hipótesis fue que militar por un parto humanizado en los hospitales públicos, como el caso de la agrupación MBA, implicaría alcances más universales que aquellos relacionados a la promoción del parto en casa.

Sin embargo, a lo largo de mi trabajo de campo, caí en cuenta que ambas organizaciones promocionaban el parto humanizado, pero tenían como destinatarias a mujeres de diferentes sectores sociales. De esta manera, las preguntas que fueron guiando mi trabajo etnográfico fueron, ¿cómo puede una temática como el parto humanizado reflejar intereses y alcances de clase distintos? ¿Cómo pueden ciertos derechos sexuales y (no) reproductivos ser planteados con distintos accesos para las mujeres? Específicamente, ¿cómo se logran acortar las brechas de acceso al derecho a elegir por el propio cuerpo? ¿Quiénes pueden lograrlo y cómo hacen estas agrupaciones para construir campos de acción donde articular las luchas conquistadas? ¿Cómo facilitan y habilitan la constitución como sujetos de derechos de ciertas mujeres?

Si ambas agrupaciones atienden a la cuestión del parto pero desde diferentes enfoques, y con diferencias de clase, a través del trabajo comparativo ahondé en los posicionamientos ideológicos, en la influencia de la militancia feminista, en las dinámicas de organización, las actividades propuestas, las destinatarias, los lugares y barrios en donde desarrollan sus actividades, si articulan con hospitales públicos, los

medios de difusión de la temática, el arancelamiento o gratuidad de las actividades propuestas, así como también en la forma de articulación con las leyes vigentes a través de las actividades que proponen.

De esta manera, esta tesis aborda la descripción de ambas agrupaciones, MBA y DCL, atendiendo a los sentidos que asumen los discursos y prácticas de cada una. Esta descripción me permitió entender cómo las retóricas del parto son utilizadas en términos de placer sobre el propio cuerpo y de autonomía, pero también de violencia obstétrica, como violencia de género. A su vez, comprendí cómo cierta retórica en relación a la humanización del parto, tiene alcances de clase y de género específicos, reproduciendo el mandato no solo del devenir madre, sino del devenir madre heterosexual⁹ y monogámica. Y en este sentido, cómo a través de ciertas retóricas se achican las posibilidades de representar la diversidad de formas de *ser mujeres*.

⁹ El término de madre heterosexual lo enmarco en los aportes de Adrienne Rich (1980) en relación a la heterosexualidad obligatoria como institución.

Diseño metodológico

Retomo la perspectiva asumida por Pierre Bourdieu en relación a la investigación en dos sentidos; por un lado, en que se asemeja a la tarea artesanal de quien practica un oficio, y por otro, en que es un proceso que implica la explicitación de la propia perspectiva (Bourdieu 2008; Bourdieu y Wacquant, 1995).

En esta tesis, el trabajo de campo toma especial relevancia metodológica, donde la reflexividad -inherente al trabajo de campo- posibilita la conceptualización social. La reflexividad consiste en “el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente –sentido común, teoría, modelos explicativos- y la de los actores/ sujetos de investigación” (Guber, 2011: 50). El trabajo de campo permite entonces, confrontar modelos teóricos, políticos, culturales y sociales entre sujetos estudiados e investigador/a, permitiendo un (conflictivo) tránsito entre la propia reflexividad, la reflexividad de los actores investigados y el trabajo conceptual en una dialéctica constante.

En este sentido, el uso de estrategias metodológicas intensivas, permiten el análisis de la interrelación entre los procesos vividos y significados por los sujetos, y los procesos socioculturales (Achilli, 2000). Las estrategias metodológicas acordes a mi problema de investigación fueron la observación participante, las entrevistas semi-estructuradas y las entrevistas antropológicas o etnográficas, entrevistas que Guber (2011) caracteriza como informales y no directivas.

Resalto el aporte que desde el feminismo se ha hecho a las Ciencias Sociales y a nuestra disciplina, concretamente la crítica al positivismo, a la objetividad, la neutralidad y al universalismo; sin embargo, no ahondaré en la discusión sobre la existencia de una metodología propiamente feminista, aunque sí quiero resaltar mi clara perspectiva feminista dentro de la antropología. El concepto de “investigación/ acción”, desarrollado por María Mies (De Barbieri, 2004), es innovador en cuanto a que introduce la relación entre las investigaciones científicas y los movimientos sociales, en este caso, el movimiento feminista. El compromiso de las investigadoras con las

investigadas, implica dimensiones políticas, sociales y afectivas para lograr cambios sociales trascendentes. Del mismo modo, siguiendo a Teresita De Barbieri (2004) esta tesis se ancla en el carácter iterativo del género, la clase y la etnia como tres ejes fundamentales que organizan distancias, desigualdades y jerarquías entre sujetos y grupos sociales; y que en situaciones históricas concretas, se articulan y entran en conflicto. Esta perspectiva teórico- metodológica asumida en esta tesis, que se orienta a los dos primeros ejes, lleva a reforzar el carácter relacional de los procesos sociales, así como apunta a desordenar y reconstruir las distancias y jerarquías establecidas.

Capítulo I- “El reclamo que se hace *carne*”: la violencia obstétrica

En un barrio de zona norte de la Ciudad de Buenos Aires, específicamente en una sala de la Biblioteca Mariano Moreno, en septiembre de 2013, se estrena la película documental “El parto y el poder”, dirigido por el grupo América Nativa. En la sala están presentes unas treinta personas, mayoritariamente mujeres de mediana edad con bebés, niñas y niños que circulan entre los asientos. El evento es organizado y convocado por la agrupación DCL compuesto por tres mujeres, que también han participado como protagonistas del documental. A lo largo de la filmación son entrevistadas diversas personalidades que cuestionan aspectos de la atención biomédica del parto clínico hospitalario. Entre ellas, doulas, parteras, licenciados en obstetricia y puericultoras¹⁰ que denuncian prácticas médicas innecesarias durante los partos institucionalizados y relatan experiencias personales de acompañamiento de partos domiciliarios en los cuales estas prácticas son evitadas. Estos relatos se conjugan con fragmentos documentados de partos en casa en los que se ve a mujeres desnudas pariendo sentadas o en cucullas, acompañadas mayoritariamente por sus parejas heterosexuales (hombres). En el desarrollo del documental aparecen también fragmentos de reuniones del grupo Parir en casa y entrevistas a escritoras, en particular a la escritora Laura Gutman quien relaciona aspectos de su libro *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* con la problematización de diversos aspectos del parto. Michel Odent, obstetra- escritor permanentemente citado por su libro *El granjero y la obstetra* también es entrevistado en el film, conjugando estos fragmentos con testimonios de mujeres que han parido en la provincia de Córdoba, Argentina, en el contexto del proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del Siglo XXI. Cuando el documental finaliza, las integrantes de DCL -organizadoras del evento- introducen un debate entre invitados especiales, específicamente una partera y un partero, la/os directores del documental y el público. Me resuena una pregunta dirigida hacia DCL que viene desde los asientos: “¿Por qué hay que hablar de violencia

¹⁰ Para entender las diferencias entre las incumbencias de cada profesional en la atención de los partos de las mujeres ver el capítulo II, punto 7, titulado “Relaciones de poder en la *puja* por la atención actual de los partos”.

en la película? ¿Es necesario o hay que omitirla en la película?” Una de ellas responde que se habla de violencia porque los partos son violentados, porque en las instituciones las parejas son violentadas, entonces no puede evadirse hablar de ella: “la violencia es el camino para hablar del parto” (Notas de campo, agrupación DCL, 21 de septiembre de 2013).

También durante el segundo semestre del 2013, pero esta vez en octubre y en un barrio de zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, se celebra el tercer y último de los “Encuentros de formación de referentes barriales en maternidad y derechos”. El evento es convocado por la Comisión de Derechos Humanos y el Grupo de Mujeres del Barrio, y el Espacio Creativo Musical Orilleros funciona como sede de los encuentros. La agrupación MBA organiza la actividad y hay 3 integrantes presentes aquél día, además de una médica obstetra de la Asociación Civil Dando a Luz con la que articulan sus tareas. El principal objetivo de las jornadas es socializar las herramientas legales existentes para formar mujeres que acompañen a sus vecinas, amigas, hijas y hermanas a la hora del trabajo de parto en los hospitales públicos. Hay cinco mujeres del barrio presentes en la actividad, algunas ya parieron y están con sus bebés, otras no visualizan la maternidad como un horizonte y asisten en calidad de futuras acompañantes de partos, y también están las abuelas que quieren formarse. Se forma una ronda alrededor del televisor que reproduce videos seleccionados para la actividad. Un video relata varios partos considerados “humanizados”: partos domiciliarios en el agua y partos institucionales acompañados por profesionales no-médicos. También se comparte entre las presentes un famoso corto fílmico nacional que circuló por programas televisivos y por la red virtual, el cual denuncia determinadas prácticas como violencia obstétrica. Ambos videos son tomados como disparadores de debate en la reunión. Tanto asistentes como organizadoras cuentan experiencias propias de partos dando cuenta de que comúnmente los ideales del parto humanizado no logran ser llevados a la realidad e identifican mucho de lo sucedido como prácticas relacionadas con la violencia obstétrica (Notas de campo, agrupación MBA, 19 de octubre de 2013).

En noviembre de 2013 entrevisté a una integrante de la agrupación recién citada, que me contó acerca de la experiencia de viajar a su primer Encuentro Nacional

de Mujeres en el 2009, asistiendo con su hija de 1 año, en donde conoció a varias de las que luego formarían la agrupación MBA:

Celeste: ¿Cuáles eran tus iniciativas o cuáles fueron tus cuestionamientos, preguntas, movilizaciones para ir a ese primer Encuentro (Nacional de Mujeres) en Tucumán?

Luciana: Ehh lo que yo sentía era que por primera vez... es muy loco, como que *e/ reclamo me había pasado por el cuerpo*, no sé cómo explicarlo. O sea yo tengo una previa de militar en el PTS, una corriente digamos marxista que me súper representa, pero lo que me pasaba en ese momento era otra cosa, era además ehh que había parido hacía muy poco. (...) Entonces no lo tenía muy claro, o sea yo iba (al Encuentro Nacional de Mujeres) digamos porque hasta ahora nunca había ido ehm... pero me parece que *se me hizo carne el reclamo*. Como que yo sabía que estaba todo mal. Como que no había equidad de derechos, como que todo se cristalizaba aún peor siendo mujer, siendo pobre... en la atención en las instituciones. Y “¿por qué las mujeres que tienen dinero solo pueden acceder a un parto amoroso?” Bueno todo eso me empezó a sonar. A mí también con Juana /su primera hija/ me hicieron una cesárea: “Bueno venite el lunes mamita”. Esta cosa tan que nos colocan tan en un lugar de sumisión, aun con información y aun pensándonos mujeres que nos llevamos la vida por delante, (decimos): “¡Sí, señor doctor!”, “¿me va a abrir? Bueno sí, acepto” /risas/ Así voy (al Encuentro Nacional de Mujeres). Vuelvo confirmando un montón de cosas: “Sí, se puede, se puede, podemos acercar este tema”. *Todavía no estaba ehh... No existía la violencia obstétrica, las palabras así como tal, pero bueno, decíamos “esto es violencia de género, es totalmente violencia de género”*. (Las cursivas me pertenecen)

Estos fragmentos de trabajo de campo citados subrayan el problema de la violencia obstétrica: ¿Cómo logró una película documental transformarse en un instrumento de denuncia de la misma? ¿Por qué ha sido necesario llevar a la práctica cotidiana de un barrio la idea de que “una mujer acompañe a otra” a parir al hospital público? ¿Cómo se hace *carne* la crítica a la violencia obstétrica?¹¹

Si logramos leer estos fragmentos en clave de violencia obstétrica es porque organizaciones de la sociedad civil, entre ellas feministas, y otros actores construyeron sentidos de denuncia que luego se plasmaron en dos leyes específicas. Es decir, que a las categorías de parto humanizado y parto en casa que visibilicé en una primera etapa se sumó la de violencia obstétrica como otra manera de problematizar los partos de las mujeres.

¹¹ Aunque una perspectiva del *embodiment* (Csordas, 1993), sería pertinente para analizar las experiencias en relación a los partos que se *hacen carne* en los cuerpos de las mujeres, la misma excede los límites de esta tesis. Es interesante entender el peso de ciertas experiencias *encarnadas* de las mujeres en relación a sus partos, es decir la propia experiencia corporal y emocional del parto como puntapié para reflexionar sobre el tema, construir conocimiento y, en este caso, activar la militancia sobre la temática (Daich, Pita y Sirimarco, 2007).

De esta forma, mis experiencias de campo con las agrupaciones que militan por un parto humanizado me llevaron, en primer lugar, a reflexionar respecto de la construcción de la violencia obstétrica como problema social. Dado que mis interlocutoras en el campo señalaban la violencia en los partos como aquello que hacía ineludible la necesidad de promoción de derechos en el proceso de embarazo- parto- puerperio de las mujeres, comencé preguntándome cómo se problematizó y quiénes desarrollaron esta cuestión en la agenda pública.

1.1. Las leyes, el proceso de reconocimiento y conceptualización de la violencia

Hace once años en Argentina se promulgó una ley sobre los derechos de las mujeres, hijas e hijos durante el parto. A su vez, la violencia obstétrica es desde hace seis años objeto de reglamentación legal integrada como artículo de la ley que protege a las mujeres de la violencia de género.

La ley nacional n° 25.929 sobre Derechos en el Nacimiento, también llamada Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento y, de manera informal, “ley de parto humanizado, parto respetado”, fue promulgada en septiembre del año 2004. Aunque aún no reglamentada, la misma se aplica para los ámbitos públicos y privados de la atención de la salud, mencionando en el artículo 2 los derechos específicos de las mujeres en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Cabe resaltar el foco de este artículo puesto en la obligación del personal de la salud a *informar* sobre su accionar, es decir sobre las intervenciones médicas efectuadas a la mujer, sobre la evolución de su parto y el estado de su hija/o, y al derecho de la mujer a la *elección* cuando existieran diferentes alternativas. Lo mencionado se relaciona con otro inciso del artículo que focaliza en considerar a las mujeres en el proceso de parto como personas *sanas*, promoviendo su *participación* y *protagonismo* en este evento¹². El último aspecto a resaltar de este artículo, es el foco

¹² A su vez, se puntualiza en el derecho de la mujer “a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales” (ley nacional n° 25.929 artículo 2- definición).

puesto en el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su confianza y *elección* durante el trabajo de parto, parto y post- parto¹³.

Podríamos decir que esta ley viene, por lo menos, a cuestionar o poner en tensión determinadas prácticas cotidianas de la atención del parto. Si prestamos atención a su redacción, encontramos ciertos términos y consignas *-elección, participación y protagonismo, trato respetuoso*, entre otras- que apuntan a una forma particular de conceptualizar a las mujeres y sus partos y que permite de esta manera, una puerta de entrada para una lectura antropológica de la problematización social de la violencia obstétrica. Entonces, ¿qué prácticas cotidianas apuntan a cuestionarse a través de esta ley? ¿Qué noción de “mujer” existe como para que se efectúen en ellas determinadas prácticas en el ámbito clínico- hospitalario y se llame a la personalización del trato?

Diversas autoras han resaltado el trato invasivo por parte del personal de la salud (Canevari Bledel, 2011; Davis- Floyd, 1993; Merino y Fornes, 2008), que tiene la característica de plasmarse *por igual* hacia todas las mujeres. El reconocimiento de la violencia implícita en este tipo de trato, se vincula con prácticas que son efectuadas a las mujeres y específicamente a sus cuerpos por ser un *todo*, por estar agrupadas según determinadas características resaltadas, en este caso la posibilidad de parir. La atención biomédica del parto se convierte entonces en el evento a través del cual las mujeres son agrupadas y homogeneizadas (Blázquez Rodríguez, 2005; Fornes, 2011; Jordan, 1993; Merino y Fornes, 2008; Sadler, 2001, 2004; Tubert, 1991; Wagner, 2002), en donde sus cuerpos son pasibles de prácticas por igual. En este sentido, la ley también focaliza en el respeto por los tiempos biológico y psicológico del parto, por su *parto natural*, que evite medicalizaciones e intervenciones no justificadas por el estado de salud de la parturienta.

¿Cómo categorizar estas prácticas cotidianas que socavan la autonomía a las mujeres? En abril de 2009 la ley n° 26.485 es promulgada en nuestro país, apuntando a proteger integralmente a las mujeres de la violencia. La misma garantiza el reconocimiento de determinados derechos acordados en foros internacionales, como

¹³ Ley nacional n° 25.929 artículo 2, inciso “g”.

la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará” (OEA, 1994), aprobados por el Estado Argentino por las leyes n° 23.179 y n° 24.632 respectivamente. Como bien apunta su título, la ley de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” define en su artículo 4° que:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes (...) (ley nacional N° 26.485 artículo 4- definición).

A su vez, en los artículos 5° y 6° se determinan los tipos y modalidades de violencia contra la mujer¹⁴. Entre las modalidades, la violencia obstétrica es definida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley n° 25.929” (ley nacional n° 26.485, artículo 6 inciso e).

La reglamentación de esta ley fue concretada en julio de 2010 (decreto 1011/2010), donde se aclaran y especifican varios artículos; entre ellos el 4° describiendo el concepto de *relaciones desiguales de poder*, como relaciones construidas a partir de prácticas socioculturales basadas en la noción de la inferioridad de las mujeres y de conductas invariables adjudicadas a la identidad masculina y femenina, que restringen el reconocimiento de los derechos establecidos. A su vez, la reglamentación puntualiza sobre otros conceptos incluyendo el de *trato deshumanizado* presente en el artículo 6° de la ley. Definiéndolo como aquél trato cruel, descalificante o amenazante que el personal de la salud ejerce en el contexto de la atención del embarazo, parto y aborto (sea natural, provocado y/o punible).

¹⁴ Los primeros son definidos como violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica. Las modalidades se describen como “las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos” (ley nacional n° 26.485, artículo 6), y se especifican como violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática contra las mujeres.

Ampliando el margen de protección y prevención de la violencia, la reglamentación también profundiza sobre quiénes comprenden el personal de la salud, considerando tanto a profesionales como a recursos humanos de la institución sanitaria (por ejemplo administrativos) que se relacionan con las mujeres en cualquier momento de la atención de su embarazo, parto y/o aborto. Por último, es destacable un punto más de este decreto que subraya el derecho de las mujeres a *impedir* que el personal de la salud le realice intervenciones, obligando a los mismos a *informar* en un lenguaje claro, gráfico y accesible, los derechos reglamentados.

Las leyes descritas nos permiten entender que ciertas prácticas naturalizadas que específicamente se relacionan con la atención del parto son actualmente entendidas a través de la noción de la violencia, como concepto que implica el socavamiento de la autonomía de las mujeres.

Ahora bien, ¿cuál es el camino recorrido hacia la promulgación de estas dos leyes específicas? Si consideramos las leyes como un “producto final, público y visible de un largo y complejo proceso de redefinición de la violencia contra las mujeres” (De Miguel Álvarez, 2003: 5), significa entonces que tienen el peso de condensar procesos sociales impulsados anteriormente. Me interesa entonces focalizar en el aspecto previo a la promulgación de ambas leyes, en los sujetos específicos que activaron redes para encontrarse y elaborar una visión particular de la realidad. En este sentido, la posibilidad de ruptura de ciertos límites del sistema de normas sociales establecidas es el camino hacia la conceptualización de un problema social. ¿Cómo se transforma la violencia obstétrica en un objeto conceptualizable, es decir, interpretable?

Como bien analiza Déborah Daich (2010) para la violencia doméstica, el hecho de denominar violencia a una serie de conductas y comportamientos que tradicionalmente se entendían como normales, forma parte del proceso de reconocimiento y conceptualización de la violencia. De esta manera, son determinadas narrativas que los sujetos sociales comienzan a elaborar las que permiten generar rupturas de sentido en la vida social. En el caso de la violencia, son narrativas que a través de la denominación de conductas como problemas sociales, activan el proceso de reconocimiento social de la violencia. En mi caso, el hecho de denominar como

violentas ciertas conductas y comportamientos naturalizados durante el proceso del parto, hizo que la sociedad civil comience a reconocer un problema en las prácticas obstétricas cotidianas.

¿Qué tipo de narrativas fueron construidas para lograr hoy denominar a determinadas actitudes y comportamientos como violentos para las mujeres en situación de parto? Como primer punto a destacar, la violencia obstétrica llega a ser legible dentro del marco de la violencia de género. Es a partir del reconocimiento de la violencia hacia las mujeres que pueden derivarse los diferentes ámbitos en los que ella se impone, se ejerce y reproduce, como la ley n° 26.485 apunta a describir. En este sentido es rastreando tanto quienes impulsaron a entender la violencia hacia las mujeres como un problema social como el tipo de narrativas que fueron construidas para lograr hoy denominar a determinadas actitudes y comportamientos como violentos para las mujeres, que podré dar cuenta del proceso de creación de un marco interpretativo (De Miguel Álvarez, 2003) para la violencia obstétrica.

1.2. El feminismo como marco interpretativo para la violencia obstétrica

Para comprender la importancia que tiene en la actualidad asignarle un significado social al problema de la violencia contra las mujeres, hay que tener presente que tal asignación es un fenómeno relativamente nuevo. En cambio, lo que tiene largo tiempo de existencia es la inferioridad de status que soportan las mujeres (el cual posibilita y es reproducido por la violencia), teniendo en cuenta la negación tanto de aspectos civiles como el derecho al voto, a la propiedad y a la educación, hasta ciertos aspectos relacionados con la sexualidad, la familia, la reproducción y las decisiones sobre el propio cuerpo. Las justificaciones biologicistas y psicológicas lograron durante mucho tiempo (y logran) reproducir este status y justificar la desigualdad y violencia hacia las mujeres como algo *natural*¹⁵. Estas justificaciones

¹⁵ Alejandra Ciriza nos brinda algunas claves para pensar en este tema:

La dificultad para quienes se sitúan en posiciones etnocéntricas o sexistas, estriba en que la otra, el otro, aquellas y aquellos cuyas diferencias no pueden ser reducidas ni eliminadas solo pueden ser significados como inferiores. Frente a ellas y ellos caben (y están justificadas) posiciones de autoritarismo, descalificación y en el peor de los casos violencia y exterminio. (...) El sexismo es un producto de esa forma de posicionarse frente a las mujeres como diferentes,

sostienen el sentido común de nuestra vida cotidiana¹⁶ que interpreta a las mujeres como vinculadas estrechamente al trabajo reproductivo y a las tareas de cuidado en el ámbito privado- doméstico (y, en ocasiones, en el ámbito comunitario como extensión del “rol materno” en lo social) (Anzorena, 2014). Estas interpretaciones han ido profundizando y retroalimentando una tajante división del trabajo social entre supuestas esferas distintas, en donde los aportes considerados femeninos jugarían un rol secundario a la esfera productiva- pública. Así, esta división de esferas, roles y espacios sociales sostienen la *naturalidad* de la desigualdad y violencia hacia las mujeres.

Entonces, ¿quiénes reinterpretaron estos hechos y posibilitaron nuevas narrativas partiendo de la violencia hacia las mujeres como un *problema social*? El movimiento feminista¹⁷ a través de múltiples formas de denuncias tales como elaboraciones teóricas y acciones concretas, fue construyendo nuevos marcos de referencia para interpretar ciertos hechos de la realidad como desiguales y violentos para las mujeres. Desde las primeras reivindicaciones feministas, el estrecho lazo entre teoría y política signó el curso de rumbo del movimiento aunque con distintos efectos en cada etapa y en cada país (Anzorena, 2014; Tarducci y Rifkin, 2010)¹⁸.

En primer lugar, la relevancia de ciertos escritos teóricos promovió la consolidación de una “autonomía interpretativa” (De Miguel Álvarez, 2003: 17) dentro del movimiento de mujeres, es decir una forma propia y específica de analizar la

es un conjunto de prácticas y discursos que significan a las mujeres como inferiores por venir en un cuerpo diferente (Ciriza, 2007: 9).

¹⁶ Agnes Heller define a la vida cotidiana como “el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los individuos particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (1977: 19). Heller coloca en el centro de sus reflexiones al individuo de la vida cotidiana, concebido como sujeto concreto e histórico, el cual considera su ambiente como algo dado; es decir, entendiendo su campo de acción, sus alternativas como ya definidas y sus posibilidades limitadas, apropiándose de los usos y costumbres de un mundo dado, y siendo por eso parte de un proceso de alienación producido en el contexto del desarrollo del capitalismo (Salgueiro, 1998).

¹⁷ Siguiendo a Maxine Molyneux, “hablar de un movimiento implica un fenómeno social o político de cierta trascendencia, la cual puede derivarse tanto de la fuerza numérica como de su capacidad para provocar algún tipo de cambio, ya sea legal, cultural, social o político” (Molyneux, 2003: 225).

¹⁸ A partir de 1960 cuando las mujeres comienzan en algunos países a entrar masivamente a las universidades y a formar parte de las comunidades científicas, empieza a conjugarse la teoría e investigación feminista con la práctica política. Estas feministas (que forman la Segunda Ola del movimiento feminista europeo) construyen espacios de reflexión entre mujeres, con el fin de compartir experiencias propias y evidenciar las situaciones de opresión en las que vivían. A su vez, ésta vinculación tiene características específicas en el caso del feminismo argentino que se plasman a partir de los años 70’ (Tarducci, 2012; Tarducci y Rifkin, 2010).

realidad¹⁹. Por ejemplo, a mediados del siglo pasado Simone de Beauvoir (1908- 1986) se focalizaba en la relación hombre- mujer entendiéndola como una relación de alteridad existente en nuestra cultura, que esconde una sumisión presentada como un absoluto²⁰.

Estas reflexiones abren una puerta al feminismo radical y al feminismo socialista de los años 60' y 70', que teniendo en cuenta los sucesos históricos que transcurrieron en varios países de Europa, África y América, posibilitaron junto a otros actores, un contexto mundial particular: "nuevos sujetos" se visibilizaron y salieron a la calle a reivindicar sus demandas. En este sentido, el movimiento feminista, la juventud como actor político, los frentes de liberación en África y Latinoamérica, el Mayo Francés, los movimientos guerrilleros, pacifistas y por la liberación sexual, entre otros, impulsaron otra manera de pensar lo político²¹. Es en este contexto que se vuelven legibles múltiples demandas, entre ellas la feminista, focalizada en reinstalar en el debate internacional la situación de desigualdad en el que vivían las mujeres²². Al promediar el siglo XX, resultaba claro que los avances logrados por feministas de la llamada Primera Ola durante fines del siglo XIX y principios del siglo XX, en el terreno de los derechos civiles y políticos no solo habían sido insuficientes, sino que habían puesto énfasis en aspectos que era necesario revisar críticamente: los relegados al ámbito privado y personal, y específicamente la definición de las mujeres por su capacidad de engendrar y/o criar²³.

¹⁹ El punto de vista adoptado por los distintos "feminismos" es el de una crítica en común que los une en un movimiento feminista: Desenmascarar los procesos que convierten en normas universales, neutrales y objetivas, aquello que es construcción social, que tiene a su vez, como efecto inherente la desvalorización y exclusión de lo sexualmente diferente y subalterno (Anzorena, 2014).

²⁰ En este sentido, se preguntaba: "(...) ¿en qué habrá afectado a nuestra existencia el hecho de ser mujeres? ¿Qué oportunidades, exactamente, nos han sido dadas y cuáles nos han sido negadas? ¿Qué suerte pueden esperar nuestras hermanas más jóvenes y en qué sentido hay que orientarlas?" (Beauvoir, 1981: 30).

²¹ Nuevos actores políticos y sociales excluidos del sistema hegemónico, comenzaron por esos años a reivindicar demandas que históricamente habían sido consideradas externas a la política. Transformar la realidad cotidiana a través de la práctica política era un horizonte posible y esperanzador.

²² Teniendo en cuenta este panorama mundial, algunas mujeres militantes de partidos de izquierda viran hacia el feminismo. En esta transición, reflexionan sobre el devenir mujer en nuestra cultura, el sujeto de la política feminista y la opresión de las mujeres.

²³ Siguiendo a Karina Felitti, muchas feministas en el marco de esta Primera Ola, reclamaron por la igualdad civil de las mujeres apelando a un discurso maternalista. Los reclamos se construían a través de la insistencia en las cualidades derivadas del "ser potencialmente madres", de esta manera no podía privarse a las mujeres de derechos civiles y políticos. Como ejemplo para el caso argentino, hasta la

Dentro de estas formas propias y específicas de entender la realidad consolidadas por el feminismo, en el desarrollo de la Segunda Ola en Europa y Estados Unidos, existía la necesidad de reinstalar el tema de la desigualdad que sufrían las mujeres, pero ahora focalizada en la crítica de la mirada que las define a través de la maternidad, y en este sentido, en la búsqueda de una nueva definición de lo que es personal y de lo que es político. Por ejemplo, una feminista socialista como Sheila Rowbotham plantea la necesidad de la hermandad femenina para entender que la opresión de las mujeres no es en ningún sentido algo abstracto sino que tiene sus raíces en la experiencia histórica y social. En este sentido, explica que tanto la división sexual del trabajo como el papel ideológico que cumple la familia en el capitalismo demuestran que la explotación se extiende tanto a los asalariados como a todo aquel que está excluido de la producción de mercancías, demostrando la importancia de un nuevo feminismo que dé lugar a la examinación de todas las esferas de la vida cotidiana, politizando lo personal (Rowbotham, 1977)²⁴.

En este sentido, el movimiento feminista toma como bandera la frase “lo personal es político”, sintetizando el enfoque que denunciaba la naturalización de

sanción de la ley n° 11.357 en 1926 las mujeres carecían de derechos civiles, no pudiendo trabajar fuera del hogar, administrar dinero ni propiedades, y sus maridos debían autorizarlas en el caso de participar en actividades comerciales (Felitti, 2011). En este sentido, “si a las mujeres les correspondía una tarea tan importante como engendrar, criar y educar a los ciudadanos, esta obligación debía acompañarse con derechos equivalentes, un reconocimiento de la importancia que tenía su función reproductiva, biológica y social” (Felitti, 2010: 84).

²⁴ A su vez, exponentes del feminismo radical demuestran la belicosidad de los escritos de la época. Basada en la politización de aspectos de la vida cotidiana como la familia y la sexualidad, Carla Lonzi en Italia elabora un manifiesto partiendo de las reflexiones de reuniones de mujeres, que sin líderes ni guías, se juntan en “grupos de auto concienciación” para discutir abiertamente acerca de problemáticas comunes y desde sus propios puntos de vista (Lonzi, 1978). Según Felitti (2010), el término “concienciación” fue creado con el objetivo de reemplazar el término “concientizar” que utilizaban los partidos de izquierda, y que implicaban un movimiento de afuera hacia adentro. Poniendo el nuevo termino en práctica, los grupos feministas buscaban reflexiones que partieran de lo personal para proyectarse en el espacio público. En este sentido, Trebisacce analiza el sentido que estos grupos tenían para el caso del Feminismo argentino de comienzos de los setenta, donde se “perseguía el objetivo de trabajar sobre el propio ser, sobre las prácticas y las ideas que de sí misma tenían las participantes. Modos de ser, prácticas e ideas que eran resultado de una educación, de una producción biopolítica” (2014: 22). En cambio, Shulamite Firestone (1973) otra feminista radical, analizando la familia biológica como unidad reproductiva básica de la sociedad, entiende que ella es la causante de la subordinación de las mujeres a su propia biología, al hacerlas dependientes de los varones y de los hijos, resultando en una primera división social del trabajo. Politizando esta problemática, la autora plantea una confiscación del control de la reproducción, proponiendo la reproducción artificial, para asegurar la eliminación de las clases sexuales y de esta manera, que las mujeres puedan tener propiedad sobre sus propios cuerpos. La autora entonces reivindica una revolución sexual más amplia que la revolución socialista, ya que solo se enfoca en luchar por la emancipación de los sistemas clasistas.

temas que socavaban la autonomía de las mujeres y sostenían la desigualdad. Nuestro país participó de una manera específica en la construcción del feminismo de la Segunda Ola. La especificidad la brinda el contexto político latinoamericano y nacional de los años 70' y 80', en los que las reivindicaciones populares estaban paralizadas por dictaduras en donde la represión, la censura y la tortura eran moneda corriente. Sin embargo, como bien sostienen Mónica Tarducci y Déborah Rifkin (2010) existen antecedentes específicos del movimiento en nuestro país que pueden ubicarse entre los años 1970 y 1976, cuando grupos como la Unión Feminista Argentina (UFA), el Movimiento de Liberación Feminista (MLF), la Asociación para la Liberación de la Mujer Argentina (ALMA), entre otros, se involucraban no solo con las lecturas del feminismo radical que provenía de Estados Unidos y Europa, sino que además manifestaban “nuevos problemas” locales hasta ahora invisibilizados. Asimismo, Catalina Trebisacce (2014) analiza cómo las dos primeras organizaciones nombradas que nacieron en 1970 y 1972 respectivamente, tuvieron como punto de origen la lectura, crítica y denuncia de los medios de comunicación masivos; identificándolos como formadores y reproductores de mandatos sociales, expectativas y regímenes de verdad que pesaban sobre el “ser mujer” en nuestro país. El hecho de verse a sí mismas tanto sujetos como objetos de consumo, o en otras palabras verse como “objetos sexuales” a través de la imposición de cánones de belleza, refleja los comienzos de una propuesta feminista nacional que politiza aspectos de la vida social íntima hasta ese momento no problematizados.

Este proceso, aunque interrumpido por la dictadura militar argentina (1976-1983), persiste en lo que Marcela Nari (1996) llama feminismo de catacumbas donde a pesar de los exilios de muchas integrantes y la fragmentación de las agrupaciones, continúan las lecturas y reuniones en pequeños grupos de manera clandestina. De esta manera, es imprescindible entender la relación entre las primeras agrupaciones de los años 70' y el regreso de la democracia. Para esto propongo 3 ejes que atraviesan los años 80'. Por un lado, los Encuentros Feministas Latinoamericano y del Caribe (que comienzan en 1981), que son a su vez un antecedente específico de los Encuentros

Nacionales de Mujeres (con fecha de inicio en 1986)²⁵. En segundo lugar, el nacimiento de grupos feministas como ATEM- 25 de noviembre (en 1982, que persiste en la actualidad) que establecen sus actividades en torno a la denuncia de la violencia hacia las mujeres (por ejemplo doméstica) presentándola como violencia con raíz social²⁶. Por último, el documento de la Multisectorial de la Mujer leído en la Plaza de los Dos Congresos el 8 de marzo de 1984 donde también confluyen (y en esto radica su importancia) intereses de mujeres de distintos sectores sociales; algunos de esos intereses se vieron luego reflejados en la sanción de varias leyes relacionadas a los derechos específicos de las mujeres²⁷.

La politización de la familia y la sexualidad, considerados hasta ese entonces aspectos que construían el ámbito privado de la vida social, son promovidos por distintos grupos y a partir de los Encuentros mencionados como el foco principal donde buscar explicaciones y propuestas de cambio. A su vez, los reclamos por las leyes mencionadas y los logros obtenidos, son un anticipo de lo que será la (conflictiva) relación del movimiento amplio de mujeres y las agrupaciones feministas con el Estado en los años 90' (Tarducci y Rifkin, 2010). En este sentido, la incorporación de una agenda feminista pública con eje en la violencia contra las mujeres y en el aborto y la anticoncepción como derechos humanos²⁸; la instalación de una mirada estatal centrada en las mujeres como ciudadanas, y específicamente como sector vulnerable y

²⁵ Ambos Encuentros marcan tanto para el contexto latinoamericano como para el nacional “el escenario privilegiado donde intercambiar experiencias, reflexionar y proyectar acciones colectivas” (Tarducci y Rifkin, 2010: 24).

²⁶ En este sentido es imprescindible nombrar a las Abuelas y Madres de Plaza de Mayo como antecedentes de mujeres involucradas en actividades políticas públicas, en este caso denunciando la violencia estatal de la dictadura de una manera organizada y visible.

²⁷ Por ejemplo leyes que establecieron la igualdad de los hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio, la patria potestad compartida la madre y el padre (1985), el convenio sobre igualdad de oportunidades para trabajadoras con responsabilidades familiares (1986), el divorcio vincular (1987) y el derecho a pensión al cónyuge en matrimonio de hecho (1988) (Tarducci, 2012).

²⁸ Es en 1990 en el V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, que tuvo lugar en San Bernardo, provincia de Buenos Aires, que se redacta un Documento firmado por representantes de diversos países de la región en el que se establece que el aborto legal y la anticoncepción son derechos humanos a garantizar por los Estados en toda la población por igual. A partir de las acciones promovidas en este Documento, se declara el 28 de septiembre como el “Día por el derecho al aborto de las mujeres latinoamericanas y del Caribe”.

pasible de Programas específicos²⁹; y el avance de las políticas neoliberales³⁰, pueden nombrarse como los ejes de esta incipiente relación.

De esta manera, el cuestionamiento de la heterosexualidad obligatoria, las campañas por la liberalización del aborto y las demandas en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como la anticoncepción y el libre gozo de su sexualidad signaron el curso de las denuncias que comenzaron en aquellos años (Tarducci, 2012). Estas reivindicaciones de las feministas de la Segunda Ola implicaron la búsqueda de reconocimiento del ámbito “privado” de la vida cotidiana como atravesado por relaciones de poder, que se expresan a través de actitudes y comportamientos violentos hacia las mujeres³¹. Ampliando los marcos de interpretación de la violencia de género, el feminismo llamó la atención respecto de la violencia ejercida dentro del ámbito familiar, como la violencia física y sexual; respecto de la violencia simbólica que implican tanto la imposición del rol materno como la suposición de la heterosexualidad entre las mujeres, así como en el ámbito institucional se cuestionó cómo los poderes públicos intervinieron a través de los cuerpos femeninos, tomándolos como receptáculos pasivos de sus políticas de población. Así, las instituciones también fueron el foco del análisis feminista, donde se las cuestionaba por jugar un rol central en la reproducción de la desigualdad y violencia hacia las mujeres, socavándolas de sus derechos sexuales y (no) reproductivos. Entre ellos, los métodos anticonceptivos, el

²⁹ Claudia Anzorena (2013) entiende la III Conferencia de la Mujer que tuvo lugar en 1985 en Nairobi, como el antecedente específico de la institucionalización de las problemáticas de las mujeres de los 90', ya que en este encuentro se promovió a los Estados a crear Programas y políticas focalizadas en mejorar la situación de las mujeres. Siguiendo esta línea de análisis, en 1987 en el gobierno de Raúl Alfonsín, se crea en nuestro país el primer organismo estatal de promoción de las mujeres, la Subsecretaría de la Mujer. En 1989 cuando asume Carlos Menem, la Subsecretaría es ascendida a Secretaría y luego es cerrada en 1990.

³⁰ Para hacer una muy breve referencia al tema, la relación entre: las recomendaciones a los Estados de diversos organismos internacionales como el FMI, la ONU y el BM, entre otros; el desarrollo de los financiamientos internacionales a las agrupaciones sociales; y la aparición de ONG's ante Estados “retirados” con roles específicos en el escenario social, demuestran la complejidad del contexto socio-económico de la década. A su vez, algunas consecuencias de la relación de los puntos mencionados son las leyes contra la llamada “violencia familiar” que hace referencia a la violencia contra las mujeres pero que es leída por el Estado a través de esta denominación; la reforma del Código Penal con relación a la atención de las violaciones; y la creación de programas focalizados de asistencia institucional a víctimas de maltrato. En este sentido es importante destacar la ya nombrada Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará” (OEA, 1994), aprobada por el Estado Argentino a través de las leyes n° 23.179 y n° 24.632 respectivamente.

³¹ En este sentido la crítica de la Segunda Ola Feminista es doble, ya que paradójicamente en esta afirmación se visibiliza que es la misma división en esferas pública/privada la que sostiene la naturalización de las prácticas violentas.

aborto, la salud de las mujeres no heterosexuales, el embarazo y, específicamente el parto se abordaron desde una dinámica que buscaba darles visibilidad, cuestionando los aspectos que sostuvieran la desigualdad y concientizando a las mujeres de su sexualidad y autonomía (Felitti, 2010).

Asimismo, partiendo de la relación entre teoría y praxis feminista, el debate de la violencia ejercida a través del parto en ámbitos institucionales también tuvo su lugar en esta Segunda Ola Feminista en el ámbito académico, cuando se desarrollan investigaciones antropológicas sobre el parto- nacimiento. En el contexto de los estudios sobre maternidad y la exploración de la diversidad de sentidos y prácticas en relación a ella, los estudios de la Antropología de la Reproducción comienzan en los años 80' enfocándose en la atención obstétrica del parto occidental, sobre todo en los procesos de tecnologización y medicalización del mismo (Davis-Floyd, 1993; Jordan, 1993; Oackley, 1986; Rapp, 2000; Romails, 1981; Rothman, 1982, 1986; Sargent and Stark, 1989).

1.3. El legado feminista. Del parto humanizado a la violencia obstétrica como violencia de género

¿Quiénes identificaron como violentas determinadas prácticas obstétricas y construyeron al parto clínico- hospitalario como un problema social en nuestro país?
¿Cuál fue el contexto nacional que posibilitó las dos leyes mencionadas?

Fue la Asociación Civil Dando a Luz quien protagonizó el impulso de la ley n° 25.929 en el año 2004. Las dos fundadoras se conocieron en los comienzos del 2000 en el grupo de preparación para el parto llevado a cabo por una reconocida partera, Raquel Schallman. Ambas tuvieron sus partos en sus casas con diferencia de pocos meses en el mismo año, y posteriormente continuaron reuniéndose en el grupo de puérperas, también coordinado por la misma partera. Los espacios de reunión de mujeres por los que atravesaron antes y después de sus partos, les permitieron reflexionar críticamente y pensar la idea de armar una agrupación, como me comentaba una de sus fundadoras:

Viviana: Parece que si una mujer se siente bien en el parto y entra más segura a su maternidad, parece que eso te abre un montón de cosas, te abre los ojos a un montón de cosas (...) Teníamos esa necesidad de comunicar y transmitir esto para transformar una realidad que *nos parecía sumamente injusta, sumamente opresiva, este... violenta*. Y bueno empezamos a pensar que era un derecho, digamos y, ¿cómo hacerlo? ¿Cómo legitimarlo? Bueno (dijimos) “armemos una asociación que vele por estas cosas y limite todo (lo que en relación al parto) que está pasando”. (Las itálicas me pertenecen)

Se constituyeron como Asociación Civil en el año 2000, y realizaron una primera reunión en la ciudad de Buenos Aires convocando a contactos conocidos a través del correo electrónico, donde principalmente acudieron profesionales de la medicina que venían trabajando en la línea del parto humanizado³². En las siguientes reuniones, que comenzaron a ser mensuales, sumaron a la convocatoria a mujeres embarazadas. Sin embargo, fueron dos hechos particulares los que se pueden identificar como bases del impulso de la ley. Por un lado, una de las fundadoras viajó al exterior con su beba en el año 2000, específicamente para asistir a una reunión en Fortaleza, Brasil, que tenía el objetivo de conmemorar los quince años de la Declaración de Fortaleza (que incluyó el documento *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento*)³³. Volvió de la reunión con el mandato de armar una red de parto humanizado/respetado en Argentina, por lo que Dando a Luz se transforma en la impulsora a nivel nacional de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN). De esta manera, fueron armando una red virtual con referentes de cada provincia del país, con quienes antes del 2004 lograron hacer un encuentro en Buenos Aires convocando también a profesionales de distintos hospitales. A su vez, realizaron en este período charlas sobre el tema en distintos hospitales de Buenos Aires, como el Hospital Álvarez y el Hospital Posadas. Por otro lado, en una de sus reuniones mensuales se acercó María Lucila “Pimpi” Colombo, presidenta del Sindicato de Amas de Casa de ese momento, y las convocó a dar charlas de parto humanizado/ respetado para las mujeres del Sindicato.

³² Una de las fundadoras de Dando a Luz es médica obstetra, egresada de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

³³ En abril de 1985, la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia contó con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las Recomendaciones, aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Es “Pimpi” Colombo quien pone en contacto a la agrupación con una diputada justicialista, quien trabajaba con una médica relacionada al tema, y se le propone desarrollar el texto de lo que a los dos meses sería la ley de “parto humanizado, parto respetado”³⁴. Me parece a su vez importante señalar que en la entrevista a una de las integrantes de Dando a Luz, se identificó a dos periodistas feministas como cruciales en el impulso de la ley: Luciana Peker y Mariana Carbajal. Las notas que les realizaban a las integrantes de Dando a Luz eran tomadas también por distintos radios, y se transformaron en materiales cruciales de difusión.

Vale la pena mencionar el contexto político nacional de los años en los que se promulga esta ley. Como analizan Claudia Anzorena y Sabrina Yañez (2013a), el gobierno argentino a partir del 2004 impulsó cambios en las estrategias de políticas de protección social (entendidas como acciones públicas económicas, sociales, sanitarias, educativas, entre otras). Estos cambios tuvieron efectos concretos en las políticas de reconocimiento y de redistribución, así como en la implementación de las políticas públicas. En los primeros años del gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007), se desarrolló un debilitamiento de la relación entre la Iglesia Católica y el Estado, que impactó en las políticas de salud sexual y reproductiva³⁵. A partir del 2003 con la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, se impulsaron una serie de avances cruciales en el marco legislativo que impactaron fuertemente en la vida social.

Luego de la promulgación de la ley n° 25.929 muchas mujeres comenzaron a hacer difusión del contenido de la misma (sobre todo a través de las redes sociales), resaltando el trabajo realizado por parteras y doulas en la línea de los partos humanizados. A su vez, se formaron agrupaciones que reivindicaron el parto en casa visto como un derecho y una opción para evitar la violencia en los partos sufrida en el ámbito clínico- hospitalario. En este sentido, es interesante analizar antropológicamente las disputas de sentidos en relación a la atención de los partos, en

³⁴ La entrevistada atribuye el corto tiempo que llevó el desarrollo del texto de la ley y su promulgación, al contexto específico anterior a las elecciones legislativas del 2005.

³⁵ Por ejemplo el ministro de Salud de Nación, Ginés González García (2002- 2007), impulsó una serie de garantías en la atención humanitaria del post- aborto y aborto no punible según lo establecido por el artículo 86 del Código Penal, que por más que no lograron instalarse en el sistema de salud profundizaron el debilitamiento de las relaciones del gobierno con la Iglesia Católica (que luego de esos años ha ido recomponiéndose) (Anzorena y Yañez, 2013a).

donde diferentes actores juegan roles centrales en hacer valer determinados aspectos de la ley y reivindican prácticas específicas de un campo en permanente tensión.

En cuanto al proceso de promulgación y reglamentación de la ley n° 26.485 (ley de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”), específicamente el artículo sobre violencia obstétrica, Dando a Luz también fue convocada para formar parte de la Comisión Redactora de la ley. Una integrante de la Asociación trabajaba en el Consejo Nacional de las Mujeres en el 2009 por lo que la relación con el desarrollo de la ley fue directa. Cuando entrevisté a esta integrante, me comentaba que la redacción de la ley se desarrolló a partir de distintas Comisiones Asesoras conformadas por mujeres abocadas a políticas de género y por reconocidas feministas, que eran convocadas para cada área temática para definir qué aspectos serían enmarcados dentro de la violencia de género. Diversas profesionales feministas que conformaban por ejemplo el Consejo Nacional de las Mujeres, el Centro Interdisciplinario sobre las Mujeres, provenientes de espacios académicos y/o con trayectoria militante feminista, fueron convocadas para formar estas Comisiones establecidas a través de foros de mails y reuniones. Perla Prigoshin, que actualmente es Coordinadora Nacional de la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género) que funciona en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, participó y coordinó en aquel momento la organización del proceso.

Volviendo al artículo sobre violencia obstétrica, otra de mis entrevistadas que estuvo implicada en el proceso de redacción, me comentaba que el término surge a partir de una estrategia por incorporarlo en el marco de la violencia de género. Me parece interesante destacar que en esta Comisión que redactaba el artículo se discutió como principal material de debate un artículo académico de la antropóloga Valeria Fornes³⁶ como co- autora, quien ya tenía una trayectoria de investigación- militancia en la temática. Luego de 5 años de la promulgación de la ley n° 25.929 y teniendo en

³⁶ El artículo discutido fue: (2009) “Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto”. Disponible en: <http://maminia.blogspot.com.ar/2009/07/cuerpos-cicatrices-y-poder.html>

cuenta que en estos años no se había logrado su reglamentación (situación aún vigente), se contempla entonces la posibilidad y específicamente la estrategia política de suplir lo que no se había alcanzado con ella, denominando a determinadas prácticas a través del concepto de violencia obstétrica. Así, si la ley de parto humanizado estaba dirigida al reconocimiento de derechos, la redacción del artículo sobre violencia obstétrica incorpora el lenguaje de la identificación de la violencia clínica- hospitalaria. Es decir que algunas feministas vieron en la redacción de la ley n° 26.485, el contexto propicio para incorporar el concepto de violencia obstétrica, teniendo como antecedente la anterior ley pero denominando ya no a partir del lenguaje de los derechos, sino del de la identificación de la violencia. El siguiente fragmento de la entrevista a María, quien en 2009 formaba parte de Dando a Luz, es ilustrativo de lo analizado:

María: Llegamos a la violencia (obstétrica) porque no se reconocen los derechos, entonces tenemos que meter en la 26.485 algo referido a la falta de respeto, a la falta de respeto a esos derechos. Pero en realidad, una quisiera que fuera en la línea del reconocimiento de los derechos, no en la línea de la violencia. Y antes (de que sucediera esto) se trabajó en el proceso de concientización, pero quedó polarizado. Entonces frente a la polarización de las mujeres reclamando por sus derechos y los que representaban a los profesionales por otro lado, en esa cuestión que quedaban como opuestos, es que no queda otra que ir por la línea de la violencia.

Este cambio en la retórica para referirnos al parto, el pasaje del reconocimiento de los derechos a la identificación de la violencia obstétrica, como violencia de género muestra una tensión en el lenguaje, específicamente una tensión en cómo se problematiza el parto como evento social. Es decir, ¿cómo se problematiza el parto, a través del reconocimiento de derechos o de la identificación de la violencia? Uno de mis referentes empíricos, la agrupación DCL viajó en octubre de 2012 al Encuentro Nacional de Mujeres, en Posadas, provincia de Misiones, con la idea de proponer la temática del parto en alguno de los talleres. Esta experiencia articuló cambios en las propias formas de plantear las temáticas relacionadas al parto, como me contaban un mes después de volver del Encuentro en Misiones:

Karina: No toda la gente quiere parir en su casa, o puede pagarse un parto domiciliario (...) no bueno, también hay que intentar que en las instituciones la cosa sea distinta. Pero sobretodo, el eje es más que nada ahora, después de haber ido este año al Encuentro de Mujeres, enfocarlo desde la violencia obstétrica (...).

Es decir, que el grupo a partir de la participación en el Encuentro Nacional de

Mujeres y de las devoluciones que recibieron de su propio discurso en relación al parto, comenzó a experimentar un cambio de categorías que se profundizó al año siguiente. Tal es así, que las referencias al feminismo comenzaron a aparecer en el 2013 en el programa radial que comenzaron a realizar una vez a la semana desde el mes de septiembre de 2013 a través de Radio Semilla. En este sentido, un grupo que yo creía que representaba la promoción y difusión del parto en casa cuando comencé mi trabajo de campo, no se enfocaba exclusivamente a esta temática y empezó a dialogar con el movimiento feminista luego de un año de su nacimiento como agrupación. En sus primeros pasos, uno de los objetivos centrales era la promoción de las licencias ma-parentales y el trabajo con grupos de embarazadas y de crianza, sin embargo a partir del regreso del Encuentro Nacional de Mujeres a fines de octubre del 2012, comenzaron a enfocar su trabajo específicamente desde la violencia obstétrica como violencia de género. Tal es así que crearon un video corto llamado “Miradas de la violencia obstétrica” que circuló por diversas redes sociales en noviembre de ese año³⁷.

En este sentido, son las retóricas y las acciones políticas concretas de estas agrupaciones las que me permitieron analizar la traducción del “lo personal es político”, propio del movimiento feminista, al “parirás con placer” como acto político de ciertas mujeres. Sin embargo, esta traducción también se plasma en la identificación de la violencia obstétrica³⁸. ¿Es la violencia “el camino para hablar del parto”, como una integrante de DCL exponía en el estreno del documental? ¿Cómo dialoga el lenguaje de los placeres y el lenguaje de la violencia en relación al parto de las mujeres? ¿Qué efectos pueden tener estos lenguajes en la autonomía de las mujeres como colectivo? Estas preguntas permiten abrir un debate sobre si el lenguaje de la violencia retroalimenta la victimización de las mujeres, si sirve solo como prevención o si es una puerta para promover experiencias *encarnadas* que activan la

³⁷ De pocos minutos de duración, el spot contiene relatos de partos en la voz de las propias mujeres que describen la alta medicalización y el mal trato que recibieron del personal de la salud. Al finalizar el video se lee: “25 de Noviembre, Día Internacional contra la Violencia de Género. DCL”.

³⁸ Por ejemplo, el 7 y 8 de junio de 2013 se realizaron en la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo las “I Jornadas de participación ciudadana para definir violencia obstétrica”. Asistieron a las Jornadas personas de diferentes organizaciones, movimientos sociales y mujeres independientes que debatieron en diferentes mesas sobre violencia obstétrica. Las conclusiones del encuentro se compilaron en un documento que tiene por objetivo promover la necesidad de continuar definiendo y tipificando el concepto de violencia obstétrica (que es reconocido en la ley n° 26.485).

reflexión y la posterior militancia sobre el tema. En este sentido, el siguiente extracto de la entrevista a una de las integrantes de MBA es ilustrativo del debate:

Cecilia: Empezamos a ir al barrio (Villa 21- 24) sábado por medio a hacer charlas. Bueno poníamos charlas de “Mujeres y embarazo”, y entonces venían, venían un montón ¿viste? Y bueno un poquito hablando de los derechos en el parto, mezclando derechos y deseos, “¿que nos imaginamos, que tendría que pasar, que nos gustaría... que nos parece que estuvo mal?” Y ahí introducíamos la violencia obstétrica. Pero la onda era, si vamos a re victimizar ¿para qué? A ver, la piba no sabe que la violentaron (durante el parto), bueno se va a enterar que la violentaron ¿entonces qué hacemos? (...) Ahí fue que yo decía todo el tiempo, “bueno tenemos que hacer la formación, vamos a hacer doulas dentro del barrio”, pensando más en la prevención de la violencia (obstétrica).

Así pues, parto humanizado, parto en casa y violencia obstétrica actualmente forman parte de una retórica particular que se inscribe en las narrativas sociales acerca de los derechos de las mujeres y de la violencia de género. Como vimos, esta retórica particular genera rupturas de sentido en la vida social, donde ciertas prácticas naturalizadas en relación al parto son convertidas en problemas sociales.

En el próximo capítulo realizaré un recorrido histórico esta vez relacionado a la difusión de las ideas del parto humanizado. Y analizaré que, lejos de ser uniforme, la retórica sobre la “humanización del parto” es creada, re-creada, apropiada y disputada por distintos actores, agentes y agrupaciones.

De aquí nace el interés en mis dos referentes empíricos, en el trabajo de campo etnográfico comparativo con dos agrupaciones que militan y/o promueven el parto humanizado, que utilizan diversos términos y ponen en práctica distintas estrategias. A través del trabajo comparativo, analicé cómo estas agrupaciones definen el problema del parto como tal, teniendo en cuenta el peso del debate sobre la identificación de la violencia y la humanización. A su vez, partiendo de quiénes son las destinatarias de sus actividades con quienes co- construyen esta definición de un problema, me interesó ahondar en cómo ciertas actividades que promueven, como la formación de referentes barriales que logren acompañar a mujeres en el momento del parto o la creación de un video corto contra la violencia obstétrica para la circulación en las redes sociales, constituyen acciones que buscan definir un problema como tal, donde se focaliza en la forma de articular con las leyes vigentes a través de las actividades que proponen. Es decir, cómo buscan discutir, dialogar y llevar a la práctica las leyes vigentes, y en este

sentido, cómo las atraviesa el legado del movimiento feminista de “lo personal es político”.

Capítulo II- Resignificación del imaginario social del parto: del parto como pecado original al parto humanizado

En los últimos años tanto la agrupación DCL como la MBA, han venido trabajando en pos de los derechos de las mujeres en el proceso de embarazo-parto-puerperio, pero ¿de qué hablan cuando hablan específicamente de “humanizar” el parto? Según Carmen Simone Grilo Diniz (2005) los distintos sentidos brindados al término “humanización” dentro del ámbito del parto, entran en dialogo y en disputa por un espacio político a ser ocupado. Como categoría polisémica (Tornquist, 2002), la humanización del parto forma parte de reivindicaciones discursivas de diversos actores que pujan por la búsqueda de legitimidad dentro del campo. Así, antes de adentrarme en esta cuestión y relacionar comparativamente los distintos sentidos que el término tiene para ambos grupos de mujeres con los que he trabajado y el rol que cumplen las actividades que proponen para llevar a cabo estas ideas -cuestiones que serán materia del próximo capítulo-, me enfocaré en un paso previo. Me interesa problematizar aquí cómo el modelo de la humanización del parto se ha desarrollado, y cómo lo ha hecho específicamente en nuestro país. A su vez, considero que este modelo se construyó y se reproduce en contraste a otro, al que llamaré siguiendo a Davis-Floyd (1993; 2001)³⁹, modelo tecnocrático de nacimiento.

Por lo tanto, en primer lugar me enfocaré en el modelo tecnocrático de nacimiento vinculándolo con el desarrollo histórico de un imaginario negativo tanto de los cuerpos de las mujeres como específicamente de sus partos (Giatti Carneiro, 2008). En segundo lugar, estableciendo la fecha de 1950 como el comienzo de la crítica al modelo de asistencia (Diniz, 2005), analizaré específicamente la trayectoria de la resignificación del imaginario social del parto, en donde el parto comenzó a considerarse por algunos actores como mucho más que un acontecimiento fisiológico (Diniz, 2005; Nogueira-Martins, 2004; Tornquist, 2004). Esta resignificación contempló

³⁹ Robbie Davis-Floyd, antropóloga socio-cultural estadounidense especializada en Antropología de la Reproducción, describe tres modelos de asistencia al parto/nacimiento en Occidente: tecnocrático, humanizado y holístico (2001). La autora los resume en doce principios, los cuales difieren principalmente en la definición del cuerpo y su relación con la mente, y en este sentido, en las implicancias que tienen en la atención de la salud.

cambios en las relaciones de género de algunos sectores sociales específicos, donde *o casal grávido igualitario*⁴⁰ (Salem, 1987a: 10) fue la “nueva encargada” del embarazo, parto y crianza. Siguiendo con el análisis, me detendré a reflexionar cómo esta resignificación ha tenido sus particularidades a la hora de “arribar” a través de sus referentes a Latinoamérica y específicamente a nuestro país (Felitti, 2009, 2010). El recorrido propuesto me permitirá entender la conformación actual de un “ideario del parto humanizado” que por ejemplo forma parte de la base del Movimiento por la Humanización el Parto y el Nacimiento en Brasil (Tornquist, 2002), así como de las dos leyes de nuestro país. Ideario que aunque conforme un “imaginario positivo” de los partos de las mujeres, lejos está de ser uniforme en los usos que los grupos y sujetos le dan al término. Específicamente me detendré en los actores que actualmente comprenden los llamados “profesionales de la salud” que asisten los partos en nuestro país, que partiendo de diferentes enfoques e involucramientos con los cuerpos de las mujeres, dialogan y discuten con los dos modelos propuestos, el modelo tecnocrático de nacimiento y el modelo de la humanización del parto.

2.1. Parir como acontecimiento fisiológico: el modelo tecnocrático de nacimiento

Actualmente, muchas mujeres en proceso de parto al llegar a una institución se convierten en pacientes, destituidas de su saber- poder (Foucault, 1976), favoreciendo la des-sensibilización y la anulación del propio cuerpo entregado al saber- poder médico. Así, la “mujer- paciente” o “mujer- enferma” es definida como incapacitada para llevar a cabo el proceso que está atravesando.

El modelo tecnocrático de nacimiento engloba una multiplicidad de prácticas ejercidas dentro del modelo de asistencia médico en los ambientes clínicos-hospitalarios. En este sentido, el parto-nacimiento bajo este paradigma es el resultado de una “cadena fabril” compuesta por procedimientos que deben respetarse estrictamente para lograr una “calidad” de parto esperada. Existen prácticas rutinarias

⁴⁰ Este concepto puede traducirse como “la pareja embarazada igualitaria”.

en el proceso, como el monitoreo fetal (para medir la frecuencia cardíaca del feto), la oxitocina (para acelerar las contracciones uterinas), las episiotomías (incisiones quirúrgicas en la zona del perineo que acelera la salida del feto) y las cesáreas⁴¹, que demuestran que lejos de estar basadas en el conocimiento científico o en la llamada medicina basada en la evidencia⁴², su realización tiene estrictamente que ver con un sentido cultural. Es decir que la alta tecnocratización y medicalización⁴³ de *cualquier parto* que llega a una institución (que claramente varía de acuerdo a los recursos materiales y de especialización que cada institución posee, entre otras cuestiones) son prácticas basadas en la idea del embarazo- parto como una patología y como un riesgo⁴⁴. Prácticas a su vez que están arraigadas socialmente sobre el valor cultural de

⁴¹ Como ya he citado en el primer capítulo, en 1985 la OMS realizó las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento*, determinando las rutinas que perjudicaban la salud integral de las mujeres. Específicamente, por un lado dictaminó la eliminación de la episiotomía de rutina, que deja graves secuelas físicas, psicológicas y emocionales en los cuerpos de las mujeres. Y por otro lado, la reducción del número de cesáreas, resolviendo que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 y un 15% de cesáreas anualmente. Según un estudio llevado a cabo por la OMS en ocho países de Latinoamérica en el último cuatrimestre del 2004, el promedio de cesáreas para la región rondaba en el 35% del total de partos. Argentina que formó parte del estudio, tenía ese año el mismo porcentaje de la región, pero con diferencias significativas entre el sector público y el privado: El 25% de cesáreas en el primer caso y el 50% en el segundo (<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-49139-2005-03-31.html>). Fecha de consulta: febrero de 2015). El hecho de que el porcentaje de cesáreas aumente al doble en el caso de las clínicas privadas merece un especial análisis que por cuestiones de extensión no desarrollaré en esta ocasión. El monitoreo fetal fue otra práctica que se recomendó reducir, ya que propicia el aumento de la tasa de cesáreas.

⁴² Por ejemplo en 1996 la OMS realizó una síntesis de una revisión sistemática de 40.000 estudios sobre la ineficacia de prácticas rutinarias obstétricas, conocida como *Recomendaciones de la OMS*. Estos y otros estudios basados en revisiones sistemáticas y en investigaciones “basadas en la evidencia” (como la Biblioteca Cochrane), demuestran la brecha entre las investigaciones médicas y los cambios en las prácticas del sistema de salud.

⁴³ Considero que los avances tecnológicos en las medidas y formas adecuadas potencian los avances de la medicina, teniendo en cuenta que es posible integrar determinadas tecnologías a los derechos (no reproductivos de las mujeres, favoreciendo la elección por el propio cuerpo, y la construcción de identidades sexuales orientadas por los deseos personales. Según el artículo ya citado de Davis- Floyd (2001), actualmente en muchos lugares del mundo están dadas las condiciones para crear el sistema de salud más efectivo que se haya conocido, integrando avances tecnológicos, valores humanistas y el respeto a la individualidad planteado por el modelo holista. Suena paradójico que la utilización irracional de tecnología impida en muchos lugares del mundo la baja de la morbilidad materna y neo natal.

⁴⁴ Dominguez Mon reflexiona sobre este tema de la siguiente manera:

En general en epidemiología el riesgo es concebido como una medida estadística: por la edad de las pacientes, las adultas mayores de 40 años y las menores de 18. Normalmente, los embarazos se clasifican en alto riesgo o de bajo riesgo. Definido por las patologías que pueden poner en peligro la vida de la mujer o del feto, el riesgo estaba vinculado a las ‘patologías del embarazo’. Sin embargo, el término “riesgo” muchas veces estaba acompañado de un calificativo “social”. De este modo, la pobreza y la ausencia de contención otorgaban al riesgo un plus de significado vinculado a la “ausencia” o “carencia de”. Como sistema clasificador sin mayor valor explicativo que reforzar la mirada moralizadora sobre las mujeres pobres o con algún atributo desacreditable, el riesgo ha sido, y desde mi punto de vista en la salud materno-

las mujeres y la maternidad en Occidente (Chiarotti et. al., 2003; Fornes, 2009)⁴⁵. En este sentido, los cuerpos inmovilizados, en posición horizontal sobre las espaldas con las piernas levantadas y a veces, conectados por vía venosa, los tactos o exámenes vaginales realizados reiteradas veces, el rasurado pélvico, la sedación de la parte inferior del cuerpo mediante la epidural⁴⁶, la imposibilidad tanto de poder expresar necesidades y sentimientos como de estar acompañadas por objetos personales y personas de elección, son considerados resultados del control biomédico hacia los cuerpos; donde subyace la representación de que las mujeres ante estas prácticas deben comportarse de una forma “adecuada”⁴⁷. El objetivo principal es que el comportamiento de las mujeres “no interfiera” con las intervenciones del personal médico⁴⁸. Lo que el personal médico, partiendo de las rutinas, interprete de sus intervenciones será lo único que tendrá importancia a la hora de parir.

El parto entonces en este modelo es entendido como un proceso únicamente fisiológico donde, pese al protagonismo del cuerpo de las mujeres, lo que ellas sienten, expresan y saben tiene poca o nula influencia sobre el proceso. Si bien en este modelo se entienden los procesos de manera fisiológica, subyacen todo tipo de evaluaciones simbólicas sobre los cuerpos de las mujeres. La mayoría de los profesionales de la salud dan por supuesto no solo que toda mujer *debe ser madre como destino*, sino que

infantil continua siéndolo, la noción que habilita la intervención del Estado sobre la vida de las personas (Domínguez Mon, 2011: 187-188).

En nuestro país existe una amplia trayectoria de investigación antropológica sobre los embarazos y partos llamados de riesgo, proveniente de la Antropología médica y de género, por ejemplo los estudios de Mabel Grimberg (1995, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003), Ana Domínguez Mon (2011, 2007, 1998), Guadalupe García (2007a, 2007b, 2009), Cynthia del Río Fortuna y Luciana Lavigne (2009), entre otras.

⁴⁵ El mismo valor cultural que niega a las mujeres de nuestro país a realizarse abortos de manera legal, segura y gratuita.

⁴⁶ La anestesia peridural, también llamada “epidural”, es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Nuevamente suena paradójico que la práctica de anestesiar este sector del cuerpo, dificulte la capacidad de sentir cuándo y cómo pujar.

⁴⁷ Cecilia Canevari (2011) en su trabajo sobre una maternidad pública en Santiago del Estero, explica que cuando las mujeres llegan a las instituciones a parir, los profesionales de la salud esperan que sean obedientes y se “porten bien”. Es interesante cómo este ideal de comportamiento está asociado según la autora al ideal de “ser buena madre”. Es decir, que los rituales asociados a las prácticas profesionales se inscriben en cómo las mujeres son socializadas *para ser madres*.

⁴⁸ Además el comportamiento de las mujeres no debe interferir con la enseñanza y la práctica que los residentes de medicina están desarrollando *sobre* los cuerpos de las mujeres en el momento del embarazo y pre- parto. En estas circunstancias, los médicos- docentes están transmitiendo a sus estudiantes no solo conocimientos teóricos y prácticos sobre la atención del parto, sino que además es en ellas donde se ofrecen ejemplos de cómo las mujeres *deben comportarse* frente a quienes atienden (Canevari, 2011).

toda mujer *desea ser madre*. El proceso de parto condensa entonces este hecho, sobre todo teniendo en cuenta que aparece un nuevo cuerpo en escena escindido del de la mujer. Se parte entonces de la idea de que las mujeres que no aman a sus hija/os transgreden mandatos sociales, así como “mandatos naturales” al asociar linealmente el ser mujer a maternidad y a naturaleza (Tarducci, 2008). En estas instituciones por lo general no se asume que muchos embarazos pueden no ser deseados ni planeados y que pueden resultar traumáticos para algunas mujeres. Sin embargo, muchos profesionales de la salud suelen creer que específicamente las mujeres pobres no planifican a sus hija/os, y cuando sospechan que algún embarazo no es deseado, las mujeres reciben humillaciones (Canevari, 2011). Estas humillaciones se enfocan particularmente en el comportamiento sexual de las mujeres, donde el juicio moral se focaliza tanto en el hecho de mantener relaciones sexuales por el mero acto en sí, como en el hecho de quedar embarazada sin desearlo⁴⁹. Algunas campañas de mis dos referentes empíricos de campo se enfocaron en visibilizar cómo algunos profesionales de la salud maltratan verbalmente a la parturienta cuando gritan por sus dolores de parto, diciéndole: “Dejá de gritar que cuando *lo hacías*, bien que te gustaba” (Cuaderno de campo, agrupación MBA, septiembre 2013). DCL a través de las redes virtuales difunde desde 2012 “piezas virtuales”, en palabras de una de mis entrevistadas, como medios de difusión de la violencia obstétrica, y muestra este tipo de humillaciones que reciben las mujeres⁵⁰.

A su vez, Davis- Floyd (1994) señala a las prácticas obstétricas como rituales que favorecen la aceptación de la mujer a un orden social establecido, sedimentando la creencia de la defectuosidad del cuerpo a la hora de parir. De esta manera, el conocimiento médico- tecnológico se convierte en un valor de prestigio dentro de este orden social, donde “las mujeres son socializadas en una cultura que privilegia los saberes de la biomedicina como único conocimiento autorizado para enfrentar el

⁴⁹ Produciendo una correlación lineal entre mujeres pobres- ignorancia- embarazos no deseados. Esta correlación refuerza el mandato de las mujeres como potencialmente madres, ya que entre otras características, se atribuye como una “buena educación” de las mujeres el hecho de que deseen sus embarazos.

⁵⁰ Ver Anexo- Imágenes 2 y 3.

parto” (Sadler, 2004: 53), teniendo en cuenta a su vez que en muchísimos casos son las mismas mujeres las que piden estas condiciones y prácticas⁵¹.

Entender los partos y nacimientos como rituales de pasaje (Davis-Floyd, 1994; Jordan, 1993), como instancias específicas en donde el socavamiento de la autonomía de las mujeres se reproduce, y donde se alimenta desde el personal médico la relación lineal entre mujer y maternidad, es central para la antropología feminista.

De esta manera, ejercer una mirada antropológica sobre la atención obstétrica en este modelo de parto permite indagar no solo en factores materiales, sino ideológicos y simbólicos del parto como un problema social. La manera en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros refleja los valores nucleares y principios estructurales de la misma. Analizar la atención obstétrica de los partos permite dar cuenta del sistema de género que subyace; demostrando que la alienación y domesticación de las mujeres a través de la atención de sus partos, produce y reproduce un orden establecido social y culturalmente (Blázquez Rodríguez, 2005; Jordan, 1993; Merino y Fornes, 2008; Sadler, 2001, 2004; Tubert, 1991; Wagner, 2002).

2.2. La difusión histórica del imaginario negativo del parto

El parto de las mujeres entendido como fisiológicamente defectuoso y que implica riesgos, proviene de dos representaciones construidas históricamente sobre los cuerpos de las mujeres. En primer lugar, la idea de la mujer *culpable* de su cuerpo y que debe purificarse, propuesta por la Iglesia Católica. La misma se desarrolla a partir de la Edad Media cuando al valorizarse la castidad de los hombres, la sexualidad femenina representaba una amenaza. A su vez, durante la Inquisición, se perseguía a las *brujas*, mujeres campesinas que asistían a la gente del pueblo, acusándolas de estar organizadas y tener poderes mágicos sobre la salud. En períodos de gran agitación social, donde las bases del feudalismo se sacudían, el clero y el principado buscaban

⁵¹ Brigitte Jordan (1993) propone una serie de indicadores para analizar la atención de partos, como por ejemplo el “territorio” donde ocurre el evento, la/os participantes del mismo, el uso de tecnología y medicación y cómo es definido culturalmente el hecho.

eximirse de las culpas generadas por la corrupción, inventando enemigos y proclamándose como protectores de las personas (Magnone Alemán, 2004)⁵². Se asociaba la mujer al sexo y se condenaba todo placer sexual, considerándolo como proveniente del demonio. Por ende, las brujas eran quienes controlaban la sexualidad, a través de la (anti) concepción. Ellas eran las representantes del adulterio, del placer y de los crímenes sexuales así como eran comadronas, parteras y aborteras. Es la Iglesia Católica entonces la que asocia la desobediencia a castigo y el sufrimiento del parto a un diseño divino, condenando de esta manera a las mujeres por el pecado original⁵³. Según Ana María Fernández (1994), estos hechos se convierten en las bases de la división de dos medicinas, una relacionada al cristianismo, a la masculinidad y a la ley, y otra, relacionada a la magia, a la femineidad y a la superstición.

En segundo lugar, la idea de la mujer *víctima* de su naturaleza, consolidó la representación de los partos como fisiológicamente defectuosos y por ende, plausibles de intervenciones. Propuesta por la medicina alopática y occidental, la obstetricia construyó su papel de “rescatista humanitario” ante la preocupación del parto doloroso y riesgoso. La hospitalización de toda mujer al borde del parto surgió a mediados del siglo XVIII en algunos lugares de Europa y a comienzos del siglo XX en América Latina. Respondiendo a la creación de los nuevos Estados- Nación, la incipiente relación entre el Estado y la Medicina, doblegó el poder popular y la tradición del saber femenino acerca de la salud para asignarlo a hombres intelectuales y burgueses⁵⁴. Teniendo en cuenta el rol del Estado preocupado por la degeneración de la raza y el crecimiento de las poblaciones “sanas”, el desarrollo de la salud pública y la asistencia social para el combate de las enfermedades tuvieron funciones determinantes. La creación de Hospitales y Maternidades fue crucial para este

⁵² El libro guía para la caza de brujas era el *Malleus Maleficarum* escrito por dos monjes dominicos, Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger en 1484. Define a las mujeres como potenciales aliadas del diablo, que a través de su sexualidad, podían cometer injurias contra los hombres. Así se fundamentaba la organización y financiación de la persecución a las mujeres por la Iglesia Católica y el principado.

⁵³ En el cristianismo la historia de Eva es la de la desobediencia ya que cometió el pecado original, al tomar el fruto del árbol del conocimiento, y uno de sus castigos fue el de parir *con dolor*. En este sentido, en Génesis 3-16 aparece la siguiente frase clave para el análisis desarrollado: “Multiplicaré tus dolores en el parto, y darás a luz a tus hijos con dolor”.

⁵⁴ Hasta comienzos del siglo XIX las mujeres del Virreinato del Río de la Plata parían en sus casas, con la ayuda de las llamadas “cuidadoras de parturientas” o “comadronas” que asistían el trabajo de parto en la casa de la mujer embarazada, acomodándola, haciendo presiones sobre su vientre, acompañándola y transmitiéndole tranquilidad (Ben, 2000; Correa, 2000).

proceso, donde las mujeres vistas como “víctimas de descontrol hormonal” debían hospitalizarse y así sus maternidades comenzar a ser controladas⁵⁵. Nari (2004) explica que la institucionalización de los partos no significó una baja de la mortalidad materna y perinatal, sino que durante los primeros años en los hospitales fue inclusive mayor que en los partos domiciliarios⁵⁶. Así, más que garantizar los fines poblacionales de la época, la hospitalización de los partos asentó la división entre “saber médico” homogéneo, académico y público, y el “saber de parteras” heterogéneo, popular y practicado dentro del ámbito doméstico (además de asistir partos, ellas eran las que practicaban abortos). El control de la (no) reproducción era lo que estaba en juego, más que la baja de mortalidad materna y perinatal como el discurso médico ha justificado⁵⁷. De esta manera, la asignación de la categoría de enfermedad al parto, posibilitó el “apagamiento de la experiencia” (Diniz, 2001), cuando comenzó a utilizarse la inducción y sedación total del evento⁵⁸, la dilatación con instrumentos quirúrgicos y la extracción del bebé con fórceps. Estas prácticas comenzaron a ser comunes entre muchas mujeres de clases medias y altas de Europa y Estados Unidos, y luego de América Latina.

Ambas representaciones, la mujer culpable de su cuerpo que debe purificarse y la mujer víctima de su naturaleza, formaron parte de la difusión histórica del imaginario negativo del parto. Las mismas se han retroalimentado para lograr el “apagamiento de la experiencia” de parir de las mujeres y de esta manera, legitimar las intervenciones médicas sobre los cuerpos.

⁵⁵ Este proceso incluyó la apertura de las primeras Salas de Maternidad en los Hospitales de nuestro país (como en el Hospital Fernández en 1912). A su vez, la “academización” del saber médico fue consolidando el poder sobre los cuerpos de las mujeres y particularmente, sobre el parto, asentando discursos que realizaban una correlación lineal perfecta entre anatomía, genitales e identidad de género (Ben, 2000; Correa, 2000).

⁵⁶ Recién con la introducción de la asespsia en los Hospitales disminuyó el índice de mortalidad materna y perinatal (Magnone Alemán, 2010; Nari, 2004).

⁵⁷ “El incipiente dispositivo médico- obstétrico operó acusando de ignorancia todos los conocimientos empíricos heterogéneos y fluctuantes que (entre las mujeres) se transmitían intergeneracionalmente” (Fornes, 2010: 136).

⁵⁸ La primera práctica incluía oxitocina y la segunda una inyección de morfina durante el trabajo de parto y luego una dosis de escopolamina, un amnésico.

2.3. El parto como mucho más que un acontecimiento fisiológico

Alrededor de 1950 comenzaron las primeras críticas al modelo de asistencia de partos que venía desarrollándose dentro de la obstetricia, consolidándose como lo que Tania Salem (1987b) llama el ideario del “parto sin dolor”, focalizado en minimizar los dolores del parto de las mujeres y al mismo tiempo transformarlo en una experiencia más placentera. Con distintos representantes y corrientes, esta obstetricia de vanguardia se focalizó en *la experiencia* de las mujeres, criticando las prácticas que la “apagaban” del modelo con el que discutían. Estos cuestionamientos se enmarcan a su vez en un contexto socio- histórico (ya descrito en el primer capítulo) de cambios sociales y culturales que se profundizaron en los años 60’ y 70’ donde la sexualidad, la crianza, el embarazo y el parto se volvieron temas de discusión social.

Las ideas del parto sin dolor fueron desarrolladas por el médico francés Fernand Lamaze, a partir de su viaje en 1951 en una comisión a la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Con el objetivo de conocer los experimentos llevados a cabo por el equipo de Ivan Pavlov, se focalizó en la teoría de los reflejos condicionados para aplicarlos al parto. A su vuelta inauguró una serie de cambios en la asistencia en la Maternidad de Bluets donde trabajaba con su equipo, Maternidad que estaba relacionada al Sindicato de Trabajadores Metalúrgicos de Paris y a la Central General de Trabajadores (Tornquist y Spinelli, 2010). Construyó su método a partir de la idea de que las mujeres al recibir mensajes desde niñas relacionando parto con dolor, las disponía en el momento del parto a generar reflejos condicionados de contracciones dolorosas. Estos mensajes eran los propuestos por la Iglesia Católica que alineaban sufrimiento a condición femenina. El método entonces proponía una serie de técnicas de respiración y relajación entrenando activamente a la mujer a pujar antes del parto, para generar una idea positiva del evento y “activar la experiencia”. Los dolores en el parto eran plausibles de ser controlados, amortiguados y hasta convertidos en más placenteros, a través de reflejos condicionados nuevos que devolvieran el protagonismo a las mujeres. Entrenándolas para el trabajo de parto, las emociones podrían ser controladas por ellas mismas para *vivenciar* la experiencia. Este método posicionaba a las mujeres como sujetos racionales y concientes de sí mismas, por lo que es a partir de este momento que el parto se convierte en un evento mucho

más que fisiológico. Es decir, el parto comenzó a incluir una dimensión psíquica hasta entonces no visibilizada ni planteada como tal. El parto sin dolor también fue conocido como “método psicoprofiláctico”. Me parece particularmente interesante que el Partido Comunista Francés tomara este método como bandera de lucha. En plena Guerra Fría, “el método soviético de parir” como también era llamado, proponía una nueva dimensión política de los cuerpos de las mujeres⁵⁹. Con la Iglesia Católica, los sectores conservadores franceses y varios referentes de la comunidad médica en contra, el método cuestionaba la moral hegemónica: el sufrimiento ya no era intrínseco a las mujeres, ya que a través del aprendizaje de nuevos métodos mecánicos podrían redimensionar su experiencia.

Otro método renovador de aquellos años fue “el parto sin miedo” propuesto por el obstetra inglés Grantley Dick-Read. A través de diez clases proponía la instrucción de la embarazada a través de técnicas de respiración, relajación y ejercicios concretos para lograr un parto “natural” (Felitti, 2009). Su método estaba basado en la idea de que el miedo a parir se originaba en la desinformación que tenían las mujeres del proceso así como los mitos contruidos alrededor de él. De esta manera, el aprendizaje de las mujeres debía ser integral e incluir tanto posturas como alimentación sana, desaprendiendo falsas proyecciones y dotando al evento de “naturalidad” y felicidad. Carmen Susana Tornquist y Carolina Spinelli (2010) señalan que aunque teniendo puntos en común con el parto sin dolor de Lamaze, se lo contrapuso estratégicamente. Dick-Read defendía a través de su método la maternidad como destino natural de las mujeres, discurso que a la Iglesia Católica le servía resaltar en nombre de la “defensa de la familia”.

Otros métodos que también conformaron la corriente de crítica al modelo de asistencia en la obstetricia durante los años 50’ y 60’, fueron los activistas del “parto natural” y de la “reforma del parto” propuestas en Estados Unidos (Diniz, 2005). La primera llevada a cabo por el movimiento *hippie* y de contra cultura, que tuvo su máxima expresión en la comunidad *The farm*. La segunda propuesta llevada a cabo por

⁵⁹ Defendido también por el frente popular, la prensa humanista y comunista, sindicatos y partidos de izquierda y sectores de la iglesia progresistas. A su vez, teniendo en cuenta el auge de las corrientes psicoanalíticas, el método tuvo especial interacción con ellas (Tornquist y Spinelli, 2010).

feministas que crearon centros de salud feministas y Colectivos de Salud de las Mujeres.

Estas primeras propuestas de humanización de la asistencia al parto, aunque aún no llevaban este nombre, criticaban el modelo de asistencia anterior y comenzaron a resignificar el sentido social de los partos. Se focalizaron en *la experiencia* de las mujeres al parir como un evento positivo y que iba mucho más allá de lo meramente fisiológico. Las mismas abrieron el juego a nuevas propuestas en las décadas siguientes que ampliaron las fronteras del significado del parto y del rol de las mujeres en el proceso.

En los años 70' las Ciencias Sociales comenzaron a tener protagonismo en la crítica a la asistencia al utilizar el término "humanización". Entendiendo los partos como eventos sociales y culturales surge la llamada Antropología de la Reproducción⁶⁰ con fuerte influencia del movimiento feminista (como ya he repasado en el primer capítulo). A su vez, para fines de la década se publicaron libros que profundizaron las propuestas ya mencionadas. Desde las Ciencias de la Salud, el uruguayo Roberto Caldeyro- Barcia publicó *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo del parto normal* (1979), que como investigador del campo obstétrico propuso cambios en la comprensión de las dimensiones fisiológicas y emocionales del parto. Cuestionando la representación del cuerpo femenino como patológico y evidenciando los prejuicios de género dentro del campo médico, el libro recibió fuertes críticas (Diniz, 2005). Según Tornquist (2002) existió una segunda generación del parto sin dolor entre fines de los años 70' y principios de los 80', que planteó experiencias concretas de preparación para el parto acompañadas por ideas y valores relacionados al individualismo libertario. Entre ellos estaban una fuerte valorización de la "naturaleza", la crítica a la medicalización de la salud y la inspiración en métodos no occidentales para el cuidado

⁶⁰ María Isabel Blázquez Rodríguez (2005) ha realizado exhaustivos trabajos sobre la temática. Describe la Antropología de la Reproducción, la cual posee una tradición de más de 30 años dentro de la Antropología. Teniendo en cuenta que la reproducción humana ha sido un objeto clásico de estudio en nuestra disciplina, trabajos como los de Malinowski (1932) y Montagu (1949) dan cuenta de los intereses en los aspectos sociales y culturales (más que en los biológicos) de los tabúes, las creencias folklóricas y los rituales relacionados con la reproducción. A partir del trabajo de Mead y Newton en 1967 (Browner y Sargent, 1990) en el que realizan una comparación intercultural de distintos sistemas de parto, se comienzan a producir etnografías acerca de la temática, inaugurando en los años 70' el área de la Antropología del Parto: Shaw (1974), McClain (1975), Jordan (1977), entre otra/os.

del cuerpo y la salud. Los exponentes fueron los obstetras Frederik Leboyer, Moysés Paciornik y Michel Odent. El primero de ellos francés, exponente del “parto sin violencia” quien publicó en 1975 *Nacer sin violencia* y en 1981 *Nacer sonriente*. En sus escritos describe la violencia que sufren los recién nacidos en el momento del parto institucionalizado. De esta manera, aconseja una serie de instrucciones en el momento del parto para darle *protagonismo* al recién nacido; por ejemplo un ambiente con luz tenue, temperatura cálida y exento de ruidos. Años más tarde publicó *Shantala: masajes para bebés*, divulgando una antigua práctica tradicional de mujeres indias en los cuidados de los recién nacidos. El brasilero Paciornik, por su parte, fue el gran expositor del “parto en cuclillas” con su libro de 1979⁶¹, donde luego de su tarea como médico comunitario en las reservas indígenas del Sur de Brasil, tomó como referencia las prácticas que estas mujeres tenían a la hora de parir. Paciornik introduce por primera vez la dimensión sexual del parto, asociando la capacidad orgásmica de la mujer al uso adecuado de sus músculos perineales, los cuales a su vez permiten dar a luz en cuclillas luego de un entrenamiento específico (Tornquist, 2002). Por último, el francés Odent es ampliamente reconocido por su frase “para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer”, y por proponer la modalidad del “parto en el agua”. Ha publicado varios libros entre ellos *El granjero y el obstetra* y *El bebé es un mamífero*, donde partiendo de un supuesto saber instintivo de la mujer ha propuesto los movimientos libres, la elección de la postura al parir y la necesidad de enfrentarse al propio dolor sin “apagarlo” con suministros médicos. A su vez, defiende el amamantamiento del bebé ni bien es parido (criticando el modelo médico que lo retira para hacerle estudios de rutina) y relaciona linealmente la capacidad de amar de la vida adulta con la forma en la que pasamos estas primeras horas de nuestras vidas. En este sentido, Odent postula que la situación emocional de la mujer embarazada es determinante en el futuro tanto psíquico como físico del individuo (relacionándolas a actitudes violentas, criminalidad y autismo). Defiende también el parto y amamantamiento como episodios de la vida sexual humana en la que no debe

⁶¹ El título del libro fue *Parto en cuclillas: Aprenda a nacer como los indígenas*.

interferirse, ya que al definir a los seres humanos como principalmente mamíferos el parto debe tener su curso sin “intervenciones humanas” (Odent, 2008)⁶².

A estas propuestas de los años 70' y 80' se le suma “el abordaje pisco- sexual del parto” de Sheila Kitzinger (1985). Antropóloga inglesa relacionada al movimiento feminista y del parto, en sus obras Kitzinger defiende el parto como un punto central en la vida sexual de las mujeres que lo eligen. Realizando estudios etnográficos comparativos demostró las marcas del patriarcado en el parto occidental. Otra propuesta que se suma es el “parto con placer” de Casilda Rodrigañez Bustos, donde incorpora una mirada innovadora al plantear el abordaje sexual de los partos. Casilda es una escritora española nacida en 1945, es autora de diversos libros entre los que están *La sexualidad de la mujer* (1999), *El asalto al Hades. La rebelión de Edipo, 1ª parte* (2001) y *Pariremos con placer* (2007).

Este último libro se convirtió en referente de los cuestionamientos de la medicalización, institucionalización y tecnologización del parto y nacimiento entre ciertas agrupaciones y mujeres durante los últimos años en nuestro país. Uno de mis referentes empíricos, la agrupación DCL, toma su nombre y relaciona con la autora el sentido de las actividades que proponen a las mujeres que se acercan a su espacio. De esta manera me lo explicaba una de mis entrevistadas:

Karina: (...) tendemos a esto... esto que decía Lau, a sacar la maternidad para afuera. (El nombre) DCL no es casual, o sea es por Rodrigañez que ella habla de las redes, de la urdimbre, viste del entramado ese (entre las mujeres). Y las mujeres cuando devenimos madres, estamos en la lona, muy solas, muy muy solas. Entonces de repente a lo que apostamos es a laburar con dinámicas grupales y demás, es esto a generar lazos”.

Un punto a destacar es el pasaje de las propuestas del parto sin dolor al parto con placer o al parto con poder, estas últimas han sido incluidas en frases de varias campañas, propuestas y panfletos tanto de MBA como de DCL⁶³. El hecho de poder

⁶² Tornquist en su tesis de doctorado (2004) analiza la relación entre estos referentes teóricos del parto y distintos movimientos sociales como el pacifista, el ecológico, el feminista, sanitarista, etc. Odent estaría relacionado con el ecologista por su fuerte énfasis en la dimensión mamífera de los seres humanos.

⁶³ Por ejemplo, ambas agrupaciones armaron panfletos para los Encuentros Nacionales de Mujeres en los que participaron, con las siguientes consignas en su portada: “Parir con poder, parir con placer” (MBA, Paraná, 2010. Ver Anexo, Imagen 1); “Parirás con placer” (DCL, Posadas, 2012. Ver Anexo, Imagen

significar positivamente el acto de parir tanto a través de las palabras utilizadas, como placer y poder, así como el hecho de sumarle sentido al acto a través del conector *con*, demuestra un cambio en cómo se puede entender y vivir *la experiencia de parir*.

En este sentido, todos los trabajos y propuestas mencionadas no solo profundizan en la resignificación del parto como un evento positivo y transformador de las mujeres, sino que además la crítica al modelo de asistencia médico contempla dimensiones nuevas. Partiendo de estudios etnográficos comparativos o de etnografías con grupos indígenas, se compara y critica el modelo de parto occidental por su fuerte intervencionismo. En este sentido, los partos ya no son definidos solo a través de su dimensión fisiológica sino que existen dimensiones psicológicas, sociales, culturales y sexuales indisociables a contemplar.

2.4. Circulación de ideas: la llegada del parto sin dolor a América del Sur

Carmen Susana Tornquist y Carolina Spinelli (2010) proponen pensar a Argentina, Uruguay y Brasil como una “comarca”, una región con características culturales en común, más allá de las fronteras, que compartieron trayectorias y experiencias en relación a la crítica del modelo de asistencia de los partos de las mujeres entre los años 50’ y 70’. Aunque con fuertes diferencias en los sistemas de salud y las políticas de población entre los tres países⁶⁴, en estos años existió una fuerte circulación de ideas y personas relacionadas a las nuevas propuestas del parto. Es decir que no solo se trata de analizar “la recepción” de estas ideas en nuestro continente, sino de ahondar en el contexto que enmarcó el intercambio de ideas entre estos países vecinos.

Entre 1952 y 1958 Lamaze divulgó su método participando de congresos tanto en Brasil como en Argentina. A su vez, se editaron en estos países muchos de los libros anteriormente mencionados, por ejemplo en Buenos Aires: *El parto sin dolor* (1954) y

4). A su vez, DCL participó en la realización y el estreno del documental “El parto y el poder”, en septiembre del 2013.

⁶⁴ En Argentina y Uruguay las políticas de natalidad eran centrales en la época estudiada. En cambio en Brasil fueron comunes las políticas de control demográfico, aplicadas autoritariamente sobre todo en las clases populares (Tornquist y Spinelli, 2010).

Curso práctico para el parto sin dolor (1955), ambos de Lamaze; como así también *Introducción al parto sin dolor* (1959) de Dick-Read. En Uruguay, Roberto Caldeyro-Barcia investigador y uno de los líderes del Centro Latinoamericano de Perinatología, como ya describí, publicó basado en las corrientes de la época *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo del parto normal* (1979). Sacchi, otro médico uruguayo publicó *El parto sin dolor: curso para madres* (1961). Schor, brasilero que siguió la corriente de Lamaze y Pavlov publicó en Río de Janeiro, *O que é parto sem dor. Método psicofilático baseado na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov* (1957). Vellay, miembro del equipo de Lamaze en París, editó en San Pablo *Parto sem dor* (1961). En este sentido, no solo existieron ediciones en nuestro idioma de libros ya publicados, sino que los médicos de nuestra región influenciados por el método publicaron libros en la misma línea ideológica. Por otro lado, los congresos de medicina en nuestro país contaban con asistentes de los países vecinos y se generó un diálogo que desarrolló la formación profesional de quienes asistían (estos intercambios incluían al psicoanálisis, fuertemente instalado en Buenos Aires). Muchas veces era en estos congresos donde se conseguían libros y revistas para llevar al país de origen. De esta manera al igual que en algunos países de Europa, en estos países latinoamericanos se desarrollaron cursos de preparación para el parto alineados con la propuestas del parto sin dolor. Basados en la educación racional de las mujeres, focalizaban en la preparación psíquica y corporal (centrada en la respiración) para el momento del parto. El objetivo final era que las mujeres se apropien del conocimiento científico (eliminando las supersticiones), racionalizando los procesos relacionados al parto y generando una perspectiva optimista del mismo. Los libros que divulgaban el método del parto sin dolor, explicaban ejercicios mediante figuras y fotos para realizar durante embarazo y luego de él, para recuperar el cuerpo de la puérpera.

A su vez, esta circulación de ideas en relación al parto sin dolor tuvo en cada país repercusiones particulares. Dado el contexto histórico en el que me enfoco, claramente estas ideas cuestionaban el modelo de asistencia obstétrica en nuestro país y resignificaban tanto el lugar de los cuerpos de las mujeres como de sus partos. Me interesa analizar entonces la relación entre las nuevas propuestas del parto,

particularmente las de la primera generación del parto sin dolor⁶⁵, y quienes desarrollaron esta propuesta, tanto profesionales de la salud como usuaria/os. Partiré de la hipótesis planteada por Tornquist y Spinelli (2010) basada en la existencia de una relación entre las propuestas del parto sin dolor y la ideología de izquierda de aquellos años en nuestro país. Las autoras analizan cómo esta “circulación de ideas” pudo enmarcarse diferencialmente entre Brasil por un lado, y Argentina y Uruguay por otro. En el primer caso, la adhesión al método tuvo que ver más como una moda entre las elites y clases medias usuarias; teniendo en cuenta, a su vez, que por parte de los médicos se relacionó más con la preferencia por una nueva propuesta científica, neutral y objetiva⁶⁶. En cambio, en los casos uruguayo y argentino, la “circulación e intercambio de ideas” se planteó más como la profundización de una postura política, en el contexto de los partidos políticos de izquierda⁶⁷.

2.5. “Parirás sin dolor” en Argentina: la pareja embarazada igualitaria y los profesionales de la salud

Me detendré entonces en el contexto que posibilitó en nuestro país la resignificación del sentido del parto, tanto por parte de usuaria/os del método del parto sin dolor, como de los profesionales de la salud que adherían y promocionaban el mismo.

Isabella Cosse (2010) ha estudiado las formas en que las maternidades y paternidades se replantearon en los años 60'. Ya he analizado el contexto mundial y regional de esta etapa y, en este sentido, es interesante entonces relacionar los nuevos discursos que circulaban en nuestro país, focalizando en: las representaciones sobre las mujeres, el nuevo modelo de pareja basado en la (supuesta) equidad y el planteo de un modelo innovador de crianza basado en la psicología, que sugería cambios en los modelos de maternidad y paternidad. Los nuevos discursos de los

⁶⁵ Este método también era reconocido de otras dos formas “modo soviético de parir” y “método psicoprofiláctico”; este último fue el término que tuvo más uso en nuestro contexto local.

⁶⁶ En el caso brasilero, la incorporación del método tendría más que ver con una moda obstétrica más que con una posición política, teniendo a su vez en cuenta que se desarrolló fundamentalmente en el sector privado de la salud.

⁶⁷ En Uruguay, el parto sin dolor fue desarrollado en el Hospital de Clínicas y en la red de salud mutualista, basada en el cooperativismo, entre otros (Tornquist y Spinelli, 2010).

“expertos” (específicamente periodistas y profesionales invitados a programas) y de los medios de comunicación (principalmente programas televisivos, diarios y revistas) atravesaban y reconfiguraban las relaciones de género de aquella época, y la posición frente a la pareja, al embarazo, al parto y a la crianza. En primer lugar, en los años 60’ lejos de cuestionarse el mandato maternal⁶⁸, existió una fuerte afirmación y reconfiguración del mismo (Cosse, 2010)⁶⁹. Ya no se trataba solo de madres que cumplieran con la desarrollo físico y la educación de sus hija/os, ellas eran las nuevas interlocutoras de los discursos referidos a la psicología de la/os niña/os. Por lo tanto, requería de mayores exigencias para poder cumplirlas. Las “buenas madres” eran aquéllas que se construían a través de la adquisición de conocimientos que las orientaran a formar individuos equilibrados y maduros psicológicamente. Es interesante evaluar cómo se conjugaban en esta época los discursos del instinto maternal, con el difícil y continuo aprendizaje de formar hija/os psicológicamente “sanos” (Cosse, 2010)⁷⁰. A su vez, las tareas fuera del hogar también se incrementaron, teniendo en cuenta el aumento del número de mujeres en el mercado de trabajo, que implicó transformaciones sustanciales en las familias de clase media (Felitti, 2009). Asimismo, las mujeres de partidos de izquierda sumaron los deberes de militancia a las tareas ya mencionadas. La naturalización de la doble jornada como la realización de la mujer por fuera del ámbito doméstico signaron el rumbo de aquella época. Familias con dos ingresos, alimentos preparados, nuevos artefactos domésticos, la apertura de guarderías y jardines de infantes, la difusión de métodos anticonceptivos, la planificación familiar, daban cuenta de profundos cambios sociales y culturales en donde las relaciones de género estaban implicadas.

Los nuevos proyectos de pareja y de familia requerían dedicaciones particulares y en este sentido, la paternidad también asumió otro protagonismo. Según Salem

⁶⁸ Salvo las enunciadas por las voces feministas de la época.

⁶⁹ “Si a principios del siglo XX la madre moderna tenía la misión de garantizar el desarrollo físico, espiritual y moral de los futuros trabajadores y ciudadanos, a estos objetivos, en los años sesenta, se sumaron el equilibrio psicológico, la autonomía y la madurez afectiva” (Cosse, 2010: 162).

⁷⁰ Un buen ejemplo es la columna de Eva Giberti en el diario La Razón en 1958, donde el modelo psicológico asumió un nuevo rol en los medios de comunicación. Otros ejemplos son las revistas *Primera Plana* y *Claudia*, donde en los discursos psicológicos se conjugaba la imagen de la mujer con un nuevo status social y la reafirmación de la condición maternal. También la columna “Escuela para padres” de la revista quincenal *Vea y Lea*, dirigida a sectores de clases altas donde el médico Florencio Escardó tenía un protagonismo notable por sus referencias a los cambios en la crianza (Cosse, 2010).

(1987a), “la pareja embarazada igualitaria” es un concepto que permite sintetizar un sistema moral propio de quienes adhieren a un ideario fundado en las nociones individualistas- igualitarias. Centrado en los sectores medios- altos, urbanos y modernos, se resalta en las parejas heterosexuales la intensa participación e involucramiento masculino en la gestación, crianza y nacimiento⁷¹. De esta manera, volviendo al objeto en cuestión, en los años 60’ en nuestro país comenzó a desarrollarse un nuevo modelo de pareja heterosexual. Lo planteado sobre “la pareja igualitaria embarazada” me sirve como referencia teórica para analizar las relaciones de género de esta época en particular, donde existieron cambios sociales y culturales profundos que no fueron ni uniformes ni lineales. A su vez, lejos de replantearse los roles de género tradicionales se cuestionaron algunas características específicas. Puntualmente los expertos y los medios de comunicación difundieron una imagen de padres que debían estar presentes durante el embarazo, acompañar a la mujer a los cursos de pre- parto y fomentar un supuesto instinto maternal. Pero fue en la crianza donde se plantearon más cambios, diferenciándolos de los padres autoritarios y ausentes de la primera mitad de siglo, los nuevos modelos de paternidad apuntaban a aumentar su lugar en los cuidados, a través del compromiso emocional y psicológico. De esta manera, los discursos psicológicos resaltaban la importancia de los roles de género, donde el padre en este caso debía mantener una relación próxima con sus hija/os sirviéndoles de guía y protección y sin confundirse con las “tareas específicas” del rol materno. Este binomio era el ideal para resaltar la experiencia del/a niño/a, donde era necesario educarlo/a mediante una relación basada en el diálogo, la verdad y el respeto.

⁷¹ La autora plantea tres principios éticos estructurantes de este universo moral, la etapa psicológica, la igualdad y el cambio. Para el primer principio, utiliza el término *psicologicidade* haciendo referencia dentro del universo moral estudiado a una etapa de la persona en la que el sujeto se percibe como un sujeto psicológico. Partiendo de una fuerte convicción cultural por la construcción del “sí mismo” basado en la observación de las propias emociones, sentimientos y subjetividad, el primer principio muestra como el individuo se justifica en el mundo a partir de la lógica del “auto- conocimiento”. El segundo principio, se centra en la oposición a las jerarquías y agrupaciones sociales ya que constriñen al individuo en su propia realización. Por último, generar cambios en la propia personalidad y en la vida cotidiana se visibilizan como el motor para el cambio social “exterior”, en un movimiento que va de adentro hacia afuera. Estos principios aplicados a la pareja heterosexual y monogámica, permiten describir la predisposición para el embarazo, parto y crianza como una experiencia a ser vivida en pareja, donde el mandato es la preparación psicológica para estos eventos.

En este sentido, en diversas revistas y columnas de diarios de los años 60' y 70' aparecían referencias al innovador interés que tomaba el parto como tema social, que incluía la formación y preparación para el evento. Siguiendo a Felitti (2009) los descubrimientos de la psicología en el campo del parto, nacimiento y crianza, se exponían en los medios de comunicación; por ejemplo en la revista *Claudia* (1960), una periodista detallaba las ventajas del parto sin dolor en primera persona, y en las secciones dedicadas a la “vida moderna” de la revista *Primera Plana* (1967) se difundían los avances del campo médico sobre las nuevas formas de parir.

Sin embargo, ¿cómo fue desarrollado el método dentro del campo obstétrico en nuestro país? ¿Qué propuestas llevaron a cabo y cuál era el sentido de estas prácticas? En un contexto de profundos cambios sociales y culturales, las nuevas formas de atender los partos trascendían lo médico- científico, para involucrar intereses sociales y políticos. La manera de pensar a las mujeres y a la forma de parir significó una revolución en el campo obstétrico de aquéllos años, donde algunos de los adeptos al parto sin dolor estaban envueltos en luchas políticas y utopías transformadoras de la realidad social. En este sentido, la politización de los partos observada en Francia en los años 50' y 60' tuvo una correlación particular en el contexto de nuestro país en donde “el modo soviético de parir” marcaba terreno. Me enfocaré entonces en las propuestas de algunos obstetras y psicólogas de esta época, que planteaban una politización del parto dentro del ámbito hospitalario.

En 1950, el médico Ricardo Gavensky se formó con Dick- Read en los Estados Unidos y difundió el método psicoprofilaxis en la maternidad donde trabajaba, dentro del Instituto Samuel Gache del policlínico de Rawson en Buenos Aires (Felitti, 2011). En un lenguaje común a parteras, médicos y usuarias, publicó en 1955 su libro *Parto sin temor y parto sin dolor*, donde con fotos y dibujos ahondaba tanto en el método de Read como en las ideas de Lamaze combinadas con la propuesta soviética⁷². En 1960 Gavensky fue uno de los impulsores de la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica, donde los cursos dictados estaban fuertemente influenciados por el discurso del psicoanálisis. Por su parte, el médico clínico y biólogo Tucho Perrusi

⁷² Es interesante como Gavensky aunque diferenciando ambos métodos a través de sus nombres, los reunía por los objetivos en común: enseñarle a la embarazada a no temerle al parto posibilitando reducir los dolores durante el evento.

realizó en 1954 una investigación sobre 123 tribus indígenas que demostraban las ventajas del parto vertical. Así como también introdujo el primer sillón de parto dentro de la maternidad Pedro A. Pardo donde trabajaba. Apoyando la propuesta de Perrusi del parto vertical, Eliseo Rossenvasser médico catedrático de la Universidad de Buenos Aires, adoptó el método en sus lugares de trabajo el Hospital Israelita y en la clínica privada de su padre (que trabajaba con obras sociales)⁷³. Tanto Rosenvasser como Elías Fama del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Maternidad Italiana, exponían las ventajas del parto vertical donde la mujer podía entrar caminando a la sala de partos y salir de ella de la misma forma, cargando a sus recién nacidos. Estas propuestas exponían los cambios en la relación médico- paciente, donde las mujeres lejos de ser vistas como enfermas, empeñaban un rol activo en sus partos. A su vez, en los primeros años de los 60' se fundaron varios servicios de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Penna, en el Alvear, en la Maternidad Sardá y en el Hospital Metropolitano. En este último comenzó a trabajar el equipo de Gavensky, y en 1968 se sumó Hilda Shupack como psicóloga del equipo. Su tarea estaba focalizada en entrevistar a cada embarazada que concurría al servicio con el objetivo de entender la relación con el parto y la lactancia, y la proyección a través del vínculo con el embarazo. Así evaluaba casos para derivar a terapias individuales y grupos de psicoterapias. A su vez, era también la encargada de dictar clases de psicología en el embarazo dentro del curso brindado para embarazadas en el Hospital⁷⁴. Mirta Videla por su parte, comenzó a trabajar como psicóloga en el Hospital Alvear en los 70' en la atención a las embarazadas. Sin tener un nombramiento, teniendo en cuenta el maltrato que muchas veces recibían, realizaba entrevistas y charlas informales con las mujeres que asistían al hospital. Marta era muchas veces suspendida por enfrentar y desafiar a varios médicos que no entendían qué lugar ocupaba en el hospital. En 1973 durante el gobierno de Héctor Cámpora, el médico Alberto Grieco asumió como secretario de Bienestar Social de la Municipalidad de San Isidro y creó el servicio de "Psicología del embarazo, parto y puerperio" en la Maternidad Municipal Eva Perón.

⁷³ La clínica privada de Jacobo Rosenvasser, inaugurada en 1934, se convirtió en referente del "parto vertical" desde 1965 a 1974, cuando cerró sus puertas (Felitti, 2009).

⁷⁴ Años más tarde Schupack comenzó a trabajar con un equipo interdisciplinario de preparación para el parto formado por un obstetra, pediatra, partera y la supervisión grupal de un psicólogo social. El curso era dictado en una clínica privada y las parejas que concurrían eran de clase media universitaria o profesional (Felitti, 2011).

Allí, Videla se sumó al equipo junto a quince psicólogas y desarrollaron un programa de psicoprofilaxis obstétrica adaptado a las necesidades de las mujeres que asistían a este Hospital. En esos años publicó su libro *Maternidad, mito y realidad* (1974), donde alineada con la politización de la época (más allá que no se nombrara como feminista) desarrollaba una fuerte crítica al intervencionismo médico sobre los cuerpos de las mujeres, la falta de escucha y el maltrato que recibían. Dando cuenta de las relaciones opresivas de género presentes en las instituciones, proponía transformaciones profundas a través de una revolución social que revisara tanto la exaltación de la maternidad como mito como las condiciones materiales de muchos espacios públicos. Es interesante resaltar que a poco tiempo del comienzo de la dictadura militar en nuestro país, Marta Videla denunciaba la situación precaria en muchos hospitales públicos para la atención integral de las embarazadas y sus partos.

Teniendo en cuenta que la atroz dictadura de nuestro país (1976- 1983) consideraba como subversivos al psicoanálisis, el comunismo, el trabajo social y el trabajo interdisciplinar (entre otras cuestiones), no solo se empeñó en borrar todas estas comprometidas propuestas y experiencias institucionales, sino que persiguió y desapareció a muchos de sus exponentes⁷⁵. En este sentido, una posible interpretación es que la relación entre el parto sin dolor y el comunismo propuestos en Francia en los 50', tuvo en nuestro país su particular anclaje en un contexto nacional de propuestas políticas de izquierda comprometidas con la realidad social. Más allá de que los exponentes fuesen o no de las agrupaciones de izquierda de aquél momento, las experiencias llevadas a cabo por equipos de psicoprofilaxis obstétrica (o de parto sin

⁷⁵ Las condiciones infrahumanas en las que las mujeres militantes de izquierda embarazadas encerradas en los campos de concentración debieron parir, responde no solo al plan estratégico de apropiación de bebés de la dictadura sino al hecho de cargar a estas mujeres de estas experiencias violentas y específicamente dolorosas (Calveiro, 2004; Felliti, 2011). Es más, existió una relación entre los partos concretamente dolorosos de estas mujeres y la complicidad de médicos civiles y militares en la certificación falsa de supuestos partos domiciliarios y nacimientos de estos bebés para su posterior apropiación, como analiza Sabina Regueiro (2008):

Entre las prácticas de inscripción de los niños como hijos propios más comunes se destacan aquellas de los partos no institucionales, es decir los partos domiciliarios, y la falta de atención médica previa y posterior al parto, que parecen ignorar la “medicalización de la maternidad” (Nari, 2004) que envolvía a la gran mayoría de la clase media urbana en ese momento histórico. La falsa intervención médica se reducía al parto y era un eslabón fundamental en la materialización de la apropiación. Sin los certificados de estos médicos civiles y militares, personajes claves de la trama, no hubiera podido realizarse la inscripción en el Registro Civil” (Regueiro, 2008: 18-19).

dolor) en hospitales, incorporaban la crítica al modelo de intervencionismo médico con la asistencia interdisciplinar y la lucha por el acceso universal garantizado por el Estado para mujeres con menores recursos (relacionadas con la ideología de ciertos sectores de izquierda de aquella época). De esta manera, las propuestas que en cierta medida atravesaban a las clases medias urbanas, fueron llevadas a los hospitales públicos en nuestro país apuntando mucho más que a la superación del dolor del parto de cualquier mujer.

2.6. La humanización del parto, heredera del parto sin dolor

Según Tornquist (2002, 2003, 2004) existe en Brasil un Movimiento por la Humanización del Parto con fuerte participación del movimiento de mujeres y feminista, que tiene sus orígenes en la década de 1980, pero sus raíces como ya hemos visto se remontan algunas décadas atrás. Asimismo en nuestro país, como también ya he analizado, existen agrupaciones de mujeres que han venido trabajando la temática ya desde los años 90'. En este sentido, el parto humanizado se desarrolló como un "heredero" del parto sin dolor. En 1993 se creó en Brasil la Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (REHUNA), que a finales de los 90' comenzó a reunir diversos actores creando una "comunidad virtual" que se reúne diariamente a través de las redes y listados electrónicos⁷⁶. En el año 2000 se celebró la primera Conferencia

⁷⁶ Tanto De Miguel Álvarez y Boix (2005) como Núñez Puente (2011) analizan el desarrollo durante los años 90' de aproximaciones teóricas al fenómeno de Internet, que aportaron discusiones concretas sobre las nuevas formas de socialización a través de la red y sobre su posible potencial en la reducción de la brecha de género en el uso de las tecnologías. En Nueva York y Londres, organizaciones de defensa de los Derechos Humanos y diversos grupos ecologistas y pacifistas comenzaron en esos años a construir redes sociales en Internet; asimismo en 1991 en Australia un grupo de cuatro mujeres provenientes del mundo artístico propone el término "ciberfeminismo" para presentar sus trabajos sobre experimentación entre arte, virtualidad y sujeto femenino (De Miguel Álvarez y Boix, 2005). Por otro lado, el peso que tuvieron las listas de correo electrónico y el seguimiento online de la IV Conferencia Mundial de Mujeres de 1995 en Pekín, dimensionó el alcance que este tipo de sociabilización puede tener para el movimiento internacional de mujeres. Ya Haraway (1991) planteaba que las nuevas prácticas feministas online deben tomar la tecnología como impulso de nuevas alianzas entre las mujeres, y como formas de agencia en cuanto nuevas subjetividades que las redes proponen. En el mismo sentido, Pagola (2010) analiza a través de biografías tecnológicas el alcance que tiene una didáctica feminista de la enseñanza de la tecnología para fomentar vínculos *empoderadores* con la misma; una didáctica que a partir del reconocimiento de la socialización diferenciada de las niñas respecto de la tecnología, se oriente a desarrollar en las mujeres actitudes proactivas y autónomas en relación a ella. Ciertas agrupaciones feministas funcionan como "colectivos en red" (Laraña y Gusfield, 2001), es decir como actores o grupos que a través de Internet difunden información, promueven foros de discusión y material de lectura, buscan apoyo para acciones concretas y articulan estrategias de

Internacional por la Humanización del Parto, llevada a cabo en Fortaleza, Brasil⁷⁷, donde se propuso un movimiento global por la Humanización del Parto.

Actualmente, los distintos sectores que promueven la temática en nuestro país y el Movimiento en Brasil, están basados en el ideario de la humanización que lejos de ser uniforme, es puesto en práctica por diversas mujeres usuarias, agrupaciones, agentes estatales, feministas, profesionales de la salud, terapeutas alternativos, ONG's, usuarias de redes virtuales, entre otros. Estos diversos actores sociales se relacionan y entran en disputa por un espacio político a ser ocupado. Es decir que, interpretando distintivamente el término "humanización del parto"⁷⁸, estos actores buscan la legitimidad del propio discurso a través de la redefinición de las relaciones sociales en la asistencia de los partos. Sin embargo, ¿cómo intervienen específicamente los distintos profesionales de la salud en la tensión entre el modelo tecnocrático de nacimiento y las propuestas de la humanización del parto?

2.7. Relaciones de poder en la *puja* por la atención actual de los partos

El campo médico- científico como campo de saber central en el dispositivo del biopoder, lejos de ser homogéneo está fuertemente atravesado por relaciones de poder que muestran las disputas políticas que forman parte de su constitución (Bourdieu, 1986). De la misma manera, la obstetricia como campo médico- científico está marcado por disputas políticas. Ellas actúan como críticas desde el interior del mismo campo obstétrico, donde es interesante focalizarse en cómo los discursos y prácticas pugnan por un lugar dentro del campo del "conocimiento válido".

Es necesario detenerme en los términos con los que se define a la/os distintos actores que pugnan por el saber dentro del actual campo de la atención de los partos de las mujeres. ¿Qué diferencias existen entre las parteras, doulas, puericultoras,

acción con otras agrupaciones; a su vez, funcionan como segmentos de una red más amplia de movimientos sociales, en este caso del movimiento feminista.

⁷⁷ En 2005 se llevó a cabo la 2° edición en Río de Janeiro, Brasil.

⁷⁸ Siguiendo a Tornquist (2002) podemos sintetizar esta diversidad de posiciones como un "movimiento de diversos".

comadronas, licenciadas en obstetricia y médicas obstetras?⁷⁹ ¿De qué manera están implicadas en el proceso de parto- nacimiento? ¿Cómo intervienen en la tensión entre el modelo tecnocrático de nacimiento y el del parto humanizado?

Elijo intencionalmente comenzar en primer lugar con la diferencia entre médicas obstetras y licenciadas en obstetricia, debido a que los demás actores deben enunciarse en relación (de oposición, diferencia, complementariedad) a la atención “fisiológica” del parto, tarea que generalmente se les atribuye a estos actores en los ámbitos institucionales.

En nuestro país, tanto las médicas obstetras como las licenciadas en obstetricia poseen títulos universitarios y es posible estudiar estas carreras en universidades nacionales⁸⁰. Para diferenciarlas, se utilizan los términos “obstetra” para definir a la primera y “obstétrica” para definir a la segunda. La médica obstetra es aquella que ha realizado un posgrado de especialización en obstetricia, luego de su formación de grado como médica clínica. Su especificidad, según las incumbencias profesionales, radica en la atención exclusivamente institucional (pública y privada) de los denominados “embarazos patológicos”, “embarazos de riesgo”, y son las únicas que están capacitadas para la realización de cesáreas. Deben intervenir también cuando un embarazo o un parto que venía teniendo un “desarrollo normal”, comienza a tener complicaciones. Como veremos más adelante, por más que sus incumbencias estén relacionadas con los embarazos y partos “de riesgo”, las médicas obstetras están

⁷⁹ Para facilitar la exposición, por más que existan varones que se dediquen a estas profesiones/actividades, utilizaré el femenino para todas estas denominaciones por una elección política dentro del lenguaje. Aunque excede los límites de esta tesis, me parece interesante focalizar en que cada profesión/actividad presenta diferencias cuantitativas en la participación de los géneros. Particularmente, la medicina obstétrica presenta una proporción muchísimo más alta de varones y, teniendo en cuenta que actualmente prevalece el modelo tecnocrático de nacimiento -es decir un modelo de atención donde la mujer embarazada es una “paciente- enferma”- son estos profesionales quienes casi siempre los atienden, toman cualquier decisión médica y dan indicaciones a todo el resto del personal médico, en general mujeres. En este sentido, en la Licenciatura en Obstetricia (parteras) se forman y ejercen en general mujeres, y hasta el año 2000 la carrera en la Universidad de Buenos Aires estaba solo destinada a ellas (<http://www.pagina12.com.ar/2000/00-03/00-03-31/univer01.htm>. Fecha de consulta: febrero de 2015). Por su parte, la formación de puericultoras y doulas son de participación casi exclusivamente femenina.

⁸⁰ La Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Universidad Nacional de Entre Ríos, son algunos ejemplos de universidades públicas de nuestro país donde pueden estudiarse estas carreras.

presentes e intervienen en casi todos los embarazos y partos, dado el modelo tecnocrático de nacimiento que ordena el parto actualmente.

Ahora bien, el primer punto a resaltar es que las Licenciadas en Obstetricia son también llamadas parteras⁸¹, aunque más adelante me abocaré a algunas diferencias de formación y experiencia que se generalizan bajo el término “partera”; es importante señalar que actualmente las parteras tienen formación universitaria, se consideran profesionales de la salud altamente capacitadas y deben ejercer con matrícula. Partiendo de las incumbencias profesionales, ellas -a diferencia de las médicas obstetra- son quienes se encargarían de la atención primaria de los embarazos y partos (llamados “de bajo riesgo”)⁸² y deberían asistir al pos- parto hasta la semana 6⁸³. Sin embargo, más allá de la reglamentación legal y las incumbencias mencionadas, las médicas obstetras y las obstétricas (o parteras) trabajan casi siempre en conjunto en las instituciones (públicas y privadas), donde es la obstetra quien tiene más protagonismo en la toma de decisiones sobre el parto, sea éste de “riesgo” o no, y la partera funciona muchas veces como una auxiliar de cualquier parto.

En nuestro país existen algunas agrupaciones de parteras⁸⁴ y parteras independientes (formadas en universidades) que además de promover y atender los

⁸¹ Es por este motivo que en la presente tesis los términos “Licenciada en Obstetricia”, “obstétrica” y “partera” serán utilizados como sinónimos.

⁸² El artículo 50 de la ley nacional n° 17.132 (“Régimen Legal de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas”) reglamenta:

Las obstétricas o parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.

⁸³ La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires define los objetivos de la Licenciatura en Obstetricia en los siguientes puntos:

1. Intervenir en la atención del parto, sus circunstancias previas y posteriores.
2. Realizar controles de evolución del embarazo, ejercitación psicofísica, asistencia del alumbramiento y puerperio.
3. Detectar cualquier indicio de anomalías y factores de riesgo en el embarazo.
4. Integrarse al equipo de salud;
5. Comprender la problemática global de la mujer embarazada y los factores que influyen en ella. (http://www.fmed.uba.ar/grado/obstetricia/m_obste.htm. Fecha de consulta: febrero de 2015)

⁸⁴ Algunos ejemplos actuales son: Parir con parteras, que tiene a la partera Marina Lembo como integrante; la Asociación Civil Dando a Luz; la partera Raquel Schallman quien promueve el “parto libre”, es cofundadora de Dando a Luz y de la Agrupación de Parteras Autónomas; el grupo Parir en casa; el grupo Naciendo en casa; la agrupación Tobi Natal dirigida por la Lic. Viviana Tobi; el equipo De parteras;

partos domiciliarios o partos en casa, y algunas de ellas partos institucionales, atribuyen a su rol tareas específicas en el acompañamiento de los embarazos- partos- post partos. Por ejemplo, durante el embarazo, siguiendo y acompañando a la mujer, pidiéndole ecografías, análisis de sangre y estudios específicos solo en el caso que se detecte alguna sospecha de desviación del estado normal de la salud; proporcionándole información detallada y razones sobre los análisis a realizar y los posibles estudios a solicitar; tomándole la presión y realizando palpaciones uterinas; construyendo una relación cooperativa entre ambas; complementando “el arte ancestral y las terapias alternativas” con la medicina tradicional; generando un espacio para hablar del desarrollo del embarazo, la alimentación, la situación familiar y de pareja, los miedos, creencias, mitos, deseos, etc. Durante el parto, manejando técnicas de alivio “natural” del dolor (masajes, inmersión en el agua, cambios de posiciones), controlando los latidos del bebé, las contracciones y el progreso del trabajo de parto continuamente, asistiendo a la mujer según las necesidades que tenga, realizando exámenes físicos del recién nacido en condiciones “normales”, sutura desgarros y episiotomías si las hubiera, entre otras prácticas. En la etapa del post- parto, se ocupa de revisar las pérdidas de la mujer, la involución del útero, las mamas, promueve la lactancia materna, acompaña los cambios emocionales y psicológicos familiares durante esta etapa, realiza el seguimiento del crecimiento del recién nacido periódicamente, los cambios que va presentando y orienta en la maternidad y paternidad⁸⁵.

Estos aportes y tareas que desarrollan están muy influenciadas por algunas características del ideario del parto humanizado que he descrito, como por ejemplo la puesta en práctica de las llamadas terapias alternativas y el arte ancestral, y técnicas de alivio “natural” del dolor, la construcción de un espacio para hablar tanto de las intervenciones a realizar como de los miedos, creencias, mitos, que tenga la embarazada y la pareja, y el acompañamiento continuo para convertir a la embarazada en “protagonista” del evento. Sin embargo, también maneja conocimientos y realiza

el grupo Nacer en familia, conformado por una doula, una partera, una médica obstetra y un pediatra, entre otras agrupaciones y parteras independientes.

⁸⁵ Parir con Parteras es una agrupación que describe las incumbencias de estas profesionales y ofrece los servicios para llevar a cabo partos domiciliarios.

prácticas propias del modelo tecnocrático, si tenemos en cuenta que la partera pide estudios y análisis “de rutina”, que muestran el estado “fisiológico” tanto de la embarazada como del feto, como también en el post parto controla los cambios en el cuerpo de la embarazada y del bebé.

De esta manera, el rol actual que cumplen las parteras en la atención de los partos y las tareas específicas que desempeñan en el acompañamiento de los embarazos- partos- post partos de las mujeres, generan disputas específicas a analizar.

Considero que en nuestro país algunas parteras, particularmente las nucleadas en estas agrupaciones, poseen un papel liminal⁸⁶ en la disputa con las médicas obstetras por el saber en la atención de los partos en varios sentidos. Por un lado, tienen conocimientos y realizan prácticas que forman parte tanto del modelo tecnocrático de nacimiento como del modelo de la humanización del parto. Relacionado con esto, en la medida en que son quienes atienden tanto en instituciones públicas y privadas como en domicilios, son quienes están en el borde de la atención pública (entendiéndola como institucional) y la privada (domiciliaria). En este sentido, entiendo que poseen un rol estratégico teniendo en cuenta que pueden transitar por ambos dominios. Encarnan, de cierta manera, la posibilidad de no- institucionalización de los partos, eje de la disputa con quienes fueron formadas para atender partos institucionales, las médicas obstetras⁸⁷.

Como un hecho puntual a resaltar, el ejercicio profesional de las parteras en el ámbito domiciliario está protegido por la ley nacional n° 17.132 (artículo 51) desde su promulgación en 1967, de la siguiente manera: “Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el

⁸⁶ El antropólogo Victor Turner (1969) utiliza el concepto de “liminalidad” a partir de 1974, retomándolo del folklorista francés Van Gennep, para darle más sentido al estudio de los procesos rituales. Explica que el símbolo característico de la liminalidad es la paradoja; la situación, fase o persona que lo encarna, expresa dos estados supuestamente contradictorios y opuestos al mismo tiempo. En este sentido, para el mantenimiento de las estructuras sociales, estos seres o hechos liminales representan un peligro anárquico a ser controlado y prohibido; representan el conflicto mismo, es decir el cambio en oposición a la persistencia de los grupos y convenciones tradicionales. En los variados ejemplos etnográficos que brinda el autor, desde los neófitos en un ritual, pasando por los hippies, hasta los movimientos milenaristas, encuentra una característica en común que los nuclea: el hecho de ser personas o principios que se ubican en las fracturas, las fronteras y la ambigüedad de las estructuras sociales.

⁸⁷ Estas afirmaciones no quitan que existan medica/os obstetras que se dediquen a atender partos domiciliarios en conjunto con parteras y otras profesionales. Un ejemplo de esto es el grupo Nacer en familia recién citado y la/os obstetras Carlos Burgos, Claudia Alonso, Fernando Daverio, entre otra/os.

domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten”.

Sin embargo, a mediados del año 2012 una diputada (y médica anestésista) por el oficialismo de aquel momento, María Elena Chieno, presentó un proyecto de ley (*Regulación de la Actividad Profesional de Obstetricia*) para reformar las incumbencias de las licenciadas en obstetricia, que entre otros puntos proponía reducir sus labores al ámbito institucional, dotando de ilegalidad la atención de los partos planificados en los domicilios⁸⁸. A partir de este hecho, mujeres independientes, parteras y específicamente la agrupación Asociación Argentina de Parteras Independientes⁸⁹, se nuclearon en la defensa de los partos domiciliarios o partos en casa, convocando a movilizaciones de rechazo, coordinando una encuesta sobre esta modalidad de partos y presentando en el INADI⁹⁰ una denuncia contra la diputada⁹¹. Luego de algunos meses (el 11/11/2012) lograron que la Cámara de Diputados de la Nación expidiera la siguiente modificación al proyecto de ley⁹²:

PROYECTO DE LEY. CAPITULO III

Alcances e incumbencias de la profesión

Artículo 9. Alcances. Los profesionales de la Obstetricia están habilitados, para las siguientes actividades: 7. Asistir el parto y alumbramiento en el domicilio particular, dando estricto cumplimiento a lo establecido en los protocolos que establezca la reglamentación. Hasta tanto la reglamentación dicte los protocolos, deberán utilizarse los protocolos internacionales actualmente vigentes.

Sin embargo, a principios del 2014 el proyecto de ley perdió estado parlamentario y un grupo de diputados lo volvió a presentar en mayo de 2014 (proyecto de ley 2895-D-2014) proponiendo nuevamente restringir las incumbencias de las parteras al ámbito público- institucional. En repudio a esto, se formó entonces la Asamblea Por el Derecho a Elegir como Parir que nuclea a distintas mujeres,

⁸⁸ <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-7413-2012-0805.html>. Fecha de consulta: febrero de 2015.

⁸⁹ La presidenta de la asociación es la partera Marina Lembo. Otra agrupación que participó en los hechos fue Familias por el derecho a elegir.

⁹⁰ Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

⁹¹ Sobre más detalles de cómo estas agrupaciones procedieron en la encuesta, la denuncia y el seguimiento del tema, se pueden encontrar en el blog titulado “Por el derecho a elegir donde parir”, el cual crearon especialmente para difundir información y actualizar las novedades sobre el tema: <http://porederechoaelegircomoparir.blogspot.com.ar>. Fecha de consulta: febrero de 2015).

⁹² Para más detalles sobre el procedimiento: <http://www.parlamentario.com/noticia-53965.html>. Fecha de consulta: febrero de 2015.

organizaciones y diputados. Realizaron entre otras acciones, una “Petición online para firmar y difundir”⁹³, escribieron varias cartas a los Diputados de la Nación de la Comisión de Acción Social y Salud Pública fundamentando el rechazo de la presentación del proyecto de ley (difundida mayoritariamente por la red social Facebook) y realizaron una concentración el 10 de junio en el Congreso de la Nación⁹⁴.

Estos acontecimientos dimensionan el peso político nacional que tiene la disputa por el saber en la atención de los partos, donde las incumbencias de las parteras juegan un rol central en la definición de los derechos de las mujeres al parir. Como ya dije, su rol tensiona la relación entre la atención pública (institucional) y privada (domiciliaria), reflejándose en los múltiples intentos por restringir su labor y al mismo tiempo, las diversas iniciativas de organizaciones y mujeres por defender su trabajo en los domicilios. Estos hechos demuestran las relaciones de poder inherentes a la atención de los partos, donde lo que está en juego es el papel que desempeñan, la representación de la salud y la vinculación entre parteras y médicas obstetras. Para ser más clara, si lo que prevalece actualmente es el modelo tecnocrático de nacimiento, es decir un modelo de atención donde la embarazada es una “paciente- enferma”, son las médicas obstetras quienes los atienden por más que sean partos en condiciones “normales” y en la escena del parto estén ambas profesionales presentes, obstetras y obstétricas (parteras). De esta manera, si se restringe a las parteras al ámbito público (institucional) en las condiciones actuales de la atención de partos, las parteras quedan en un lugar (generalmente) de sumisión frente a la decisión de la médica obstetra, con menos participación, decisión y jerarquía en la atención de los partos. A su vez, las mujeres que logran y pueden económicamente afrontar un parto domiciliario o parto en casa, si este proyecto de ley llegara a aprobarse no tendrían más opción que parir en el ámbito institucional (privado o público). Por lo que la defensa de las incumbencias de las parteras, se ha tornado como bandera de lucha de organizaciones y mujeres ya que a través de esta defensa están defendiendo los derechos de sí mismas como mujeres que pueden decidir y elegir dónde parir.

⁹³ A través de la página web www.change.org.

⁹⁴ Ver Anexo- Imágenes 5 y 6.

Continuando con la diferenciación de profesionales y roles en la atención de partos, es necesario hacer una salvedad con las parteras. Además de incluir a las licenciadas en obstetricia, este término incluye otros actores sociales que tienen distintas formaciones e implicancias en el parto. Por ejemplo están las parteras empíricas o también llamadas “parteras tradicionales” que son quienes no necesariamente han tenido una formación académica o formal, y se las relaciona con un saber que han aprendido de otras mujeres⁹⁵. También se las asocia con las comadronas o matronas, aquellas mujeres que hasta comienzos del siglo XX eran las únicas encargadas de la asistencia de los partos de las mujeres en los domicilios, cuando aún la institucionalización de los partos no se había desarrollado (Correa, 2000). Por otro lado, existe en nuestro país la formación como partera comunitaria que tiene lugar en la Escuela de Parteras Comunitarias que funciona en Villa General Belgrano, provincia de Córdoba. Sonia Cavia fue una de las fundadoras de la Escuela en el 2008, donde las docentes son obstetras, parteras y comadronas. Aún no tiene reconocimiento oficial y quienes se reciben lo hacen como ayudantes de parteras.

Por otro lado, las puericultoras son profesionales que también están implicadas en la atención de los partos. Actualmente existen espacios de formación privados⁹⁶; aunque están focalizados principalmente en que las egresadas promuevan la lactancia materna, en fomentar la vinculación entre la madre y la/el bebé, y la crianza “con apego”, la puericultora también tiene incumbencias en el parto ya que en esta formación se considera el parto como una etapa más del desarrollo holístico del/a recién nacido/a⁹⁷. La formación y el desempeño de estas profesionales tiene un claro

⁹⁵ Según Sonia Cavia (doula fundadora de la Escuela de Parteras Comunitarias), la diferencia entre parteras empíricas y parteras tradicionales es que la primera debió ejercer la tarea por necesidad en algún momento y luego se volcó cotidianamente a la tarea; mientras que la segunda recibió el legado por parte de mujeres de su comunidad como una sabiduría que se expresa de generación en generación (<http://noticias.terra.com.ar/en-cordoba-se-forman-parteras-comunitarias,0a688144bc917310VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>. Fecha de consulta: febrero de 2015).

⁹⁶ La Asociación Civil Argentina de Puericultura realiza la carrera de Puericultura y Fundalam expide el título de “Técnico Universitario en Puericultura y Crianza”, entre otros. Pueden trabajar interdisciplinariamente en clínicas, maternidades, sanatorios y hospitales, aunque en los últimos años se han insertado también en ONG’s y jardines de infantes.

⁹⁷ La agrupación DCL, a través de su página web, ofrece los servicios de puericultura y los medios de contacto para hacerlo. Vale la pena recordar que una de las tres integrantes del grupo es puericultora, y otra de ellas es doula.

eje en la/el recién nacido, inclusive durante el embarazo⁹⁸. Es decir que su rol en la atención de los partos de las mujeres siempre va a estar guiado en primer lugar por el desarrollo psico- físico- emocional de esta/e recién nacido⁹⁹. Esta particular tarea de las puericultoras, que deja relegados determinados derechos de las mujeres por sobre otros más relacionados a los derechos del/a recién nacido/a, se relaciona específicamente con los planteos de dos exponentes de la segunda generación de las propuestas del parto sin dolor, específicamente de Frederik Leboyer y Michel Odent. El primero, exponente del parto sin violencia como ya describí, se ha enfocado en la violencia que sufren los recién nacidos en el momento del parto institucionalizado y promueve el *protagonismo* del recién nacido. Por otro lado, Odent al relacionar de forma determinante la situación emocional de la mujer embarazada- parturienta con el futuro tanto psíquico como físico del bebé (específicamente con la capacidad de amar de la vida adulta), está propiciando que el foco se centre en cómo esta mujer se vincule con el bebé. Si la mujer que está embarazada o ha parido no puede o no desea generar un vínculo de afecto con ese feto/ bebé¹⁰⁰, entonces las puericultoras serán quienes tendrán la misión de enseñarle a esta mujer cómo generarlo. El mandato sobre las mujeres de *ser madres y amar a sus hijo/as* se impone de una manera muy particular a través de estas profesionales.

Por último, las doulas¹⁰¹ son mujeres que están implicadas de una forma específica en la atención de los partos. Se trata de mujeres que han parido¹⁰² que

⁹⁸ Fundalam por ejemplo lo explica de la siguiente manera: “La puericultura tiene como objetivo optimizar los cuidados del niño en todos sus aspectos, físico, emocional, mental, y espiritual desde su concepción, vida intrauterina, nacimiento y los primeros años de su primera infancia.” (www.fundalam.org.ar/rol-de-puericultora/ Fecha de consulta: febrero de 2015). “Comprende el conocimiento y puesta en práctica de acciones tendientes a lograr el máximo desarrollo bio-psicosocial del niño. Las Puericultoras se desempeñan difundiendo las bondades de la lactancia materna trabajando con las familias”, en este caso explicado por la Asociación Civil Argentina de Puericultura (www.acadp.org.ar. Fecha de consulta: febrero de 2015).

⁹⁹ Un buen ejemplo de lo analizado lo podemos ver en la siguiente definición de las puericultoras: Específicamente su trabajo con las madres es ser facilitadora de la función materna desde el embarazo, parto, puerperio y los tres primeros años de vida, brindando el asesoramiento y acompañamiento necesario para esa diada, incluyendo en el proceso de crianza a los distintos miembros de la familia.” (<http://www.fundalam.org.ar/wp-content/uploads/2012/12/Ficha-Rol-de-la-Puericultora.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2015).

Sería interesante ahondar en qué características está basada la enseñanza de esta supuesta “función materna”.

¹⁰⁰ Específicamente teniendo en cuenta la inexistencia en nuestro país de una ley que garantice el aborto legal, seguro y gratuito.

¹⁰¹ Jessica Silin define al concepto “doula” de la siguiente manera:

deciden acompañar a otras mujeres en el proceso de embarazo- parto- puerperio. Como lo explica la agrupación Dar. Doulas de Argentina¹⁰³:

Una doula es sencillamente una mujer que ha parido, que “estuvo ahí” y transitó el proceso del parto. Por lo tanto, en gran medida, se trata de una capacidad fundada en lo vivencial; en una experiencia intransferible. La “formación” de una doula no se basa en el intelecto ni en lo teórico. Ninguna enseñanza puede reemplazar el recorrido propio¹⁰⁴.

El acompañamiento es principalmente emocional, generado a través de múltiples encuentros desde el embarazo, y se enfoca en las necesidades y el bienestar general de la mujer durante el proceso de parto y puerperio. Se han realizado estudios que demuestran las contribuciones positivas que tiene su presencia en los partos de las mujeres (Kennel, Klaus y Kennel, 1993; Valdes y Morlans, 2005). Sin embargo, como explica Jessica Silin (2010) depende del equipo médico- asistencial de la institución o de la institución misma, si se permite su presencia para poder ingresar a la sala con la parturienta. Por más que el inciso “g” del artículo 2 de la ley nacional n° 25.929 (aún no reglamentada), avale el acompañamiento del parto de la mujer por una persona de su confianza, muchas veces las doulas se hacen pasar por familiares de las parturientas para poder ingresar a la sala con ellas (Silin, 2010). Las doulas no son parteras ya que aunque entienden los procesos “fisiológicos” del embarazo y parto, no tienen las incumbencias para atenderlos; su función está puesta en brindar un sostén emocional

(...) designaba en la Grecia antigua a la esclava que ayudaba a la señora a parir, en Brasil y en otros países de Latinoamérica las llaman acompañantes de parto. (...) La antropóloga Dana Raphael fue la primera en emplear el término doula para referirse a las mujeres experimentadas que ayudaban a las nuevas madres en la lactancia y crianza de sus bebés. Después el término se extendió a las ayudantes prenatales y durante el parto por investigadores médicos como M. Klaus y J. Kennell (Silin, 2010: 5-6).

¹⁰² No existe un consenso general sobre si la formación de una doula está basada intrínsecamente en la experiencia de haber atravesado al menos un proceso de parto- embarazo- puerperio. Existen espacios de formación de doulas e inclusive existe la posibilidad de que puedan ser varones (Silin, 2010). Aunque excede los límites de esta tesis, es interesante el ejemplo de la formación de las doulas como una tensión entre la *experiencia de haber parido* y el *estudio formal* (es decir el aprendizaje) para lograr asistir a una mujer durante el parto. Si solo es la experiencia de haber atravesado un parto lo que brinda los conocimientos para poder acompañar a una mujer, quiere decir que quedan excluida/os como potenciales acompañantes de parto, las mujeres que han decidido no ser madres, las que no pueden serlo, las que han adoptado, los varones que quieran formarse, así como otras identidades sexuales, por ejemplo travestis que deseen formarse.

¹⁰³ Sonia Cavia integra esta agrupación.

¹⁰⁴ http://www.doulasdeargentina.com.ar/como_nace_una_doula.html. Fecha de consulta: febrero de 2015.

y afectivo continuo a la parturienta¹⁰⁵. De esta manera, las doulas se sitúan específicamente como impulsoras del “activar la experiencia” psico- emocional de las mujeres. Su especificidad radica en entender y asistir el parto como “mucho más que un acontecimiento fisiológico”; representando características del modelo de la humanización del parto plantean poder “devolverle” el saber a las mujeres sobre este proceso. Criticando el modelo tecnocrático de nacimiento, las doulas ofrecen acompañamiento en la elección de posturas durante el parto, pasando por la puesta en práctica de las llamadas terapias alternativas hasta la construcción de un espacio de expresión de sentimientos, entre otras.

Lamentablemente si en la actualidad una mujer decide que su embarazo sea acompañado por una doula, debe contratarla; aunque existe la posibilidad (mínima) de que las doulas trabajen en equipos de atención asistencial de partos en conjunto con obstetras y parteras¹⁰⁶. Este condicionamiento de clase, teniendo en cuenta que su presencia es muy escasa en hospitales públicos y que el acceso a una doula está actualmente restringido a quienes pueden pagarlo, imposibilita que cualquier mujer esté beneficiada por el acompañamiento psico- emocional que ellas pueden brindar. Sin embargo, quiero destacar que la agrupación MBA realizó en octubre del 2013 una jornadas de “formación de doulas” (en palabras de una de mis entrevistadas), en la Villa 21- 24. De esta forma me lo explicaba:

Cecilia: Pensábamos en una formación de 2 o 3 días intensa, sobre todo para ellas, para que una vecina por manzana, más o menos maneje la información básica de derechos y sepa cómo acompañar (los partos), la idea es que *ninguna mujer vaya sola a parir*. (Las cursivas me pertenecen)

Con el principal objetivo de la actividad puesto en hacer valer el derecho de las mujeres a ser acompañadas por una persona de su elección mencionado en la ley nacional n° 25.929, MBA convocó a la Asociación Civil Dando a Luz¹⁰⁷ para colaborar

¹⁰⁵ Basado en brindar a la embarazada todos los saberes y prácticas que la doula ha adquirido a partir de su(s) propio(s) parto(s), basándose en la experiencia emocional-corporal. Le facilitan a la embarazada toda practica que sea tendiente al bienestar de la mujer, como por ejemplo masajes, posturas, ejercicios corporales y/o respiratorios, trabajo con aromaterapia, reiki, reflexología, dígito-puntura, visualizaciones, ambientación con música, uso del rebozo, canto, danza, etc.

¹⁰⁶ En la provincia de Buenos Aires existe un solo caso, la Asociación de Doulas Comunitarias que trabajan como voluntarias en el Hospital de Morón desde 2012.

¹⁰⁷ Articularon con el objetivo de poder entregar Certificados de Asistencia a los encuentros, entre otras tareas.

con la organización de la formación de doulas que finalmente llevó el nombre de “Encuentros de formación de referentes barriales en maternidad y derechos”¹⁰⁸. A su vez, articularon con la Comisión de Derechos Humanos Villa 21- 24, con el Grupo de Mujeres de la Villa 21- 24 y con el Espacio Creativo Musical Orilleros para la convocatoria a las mujeres. Es interesante justamente el cambio en los términos utilizados, pasando de “doula” a “referente barrial”, donde el foco estuvo a su vez puesto en articular con la ley nacional vigente. La formación gratuita brindada apuntaba a que sean las mismas mujeres del barrio las que, formadas en un abordaje psico- emocional, pudieran acompañar a otras mujeres en situación de parto y hacer valer sus derechos durante el parto. En este sentido, el alcance de la actividad tuvo el objetivo de trascender ciertas barreras de clase para lograr un parto más cercano al modelo humanizado.

Como se ha mostrado, los cuerpos de las mujeres y en este sentido, sus partos, han sido (y son) contruidos a través de diversos discursos y prácticas. En este sentido, tal fue el peso social que ha significado la clausura de la “propia experiencia” y la desvalorización del saber de las mujeres sobre el parto, que desde 1950 existen propuestas que impulsan “devolverle” estos saberes a las mujeres. Personificados por diversos exponentes, los proyectos que proponen la crítica al modelo tecnocrático están basados en un imaginario positivo de los partos de las mujeres, pero deben articular con él (oponiéndose, discutiendo, complementándose), ya que continúa pugnando por medir, valorar y juzgar cuáles son esas experiencias y saberes legítimos para las mujeres durante el parto. Hoy nos encontramos frente a un nuevo movimiento que pugna por la humanización del parto, heredero del parto sin dolor, pero ¿qué implica en la práctica? Si la humanización del parto es una conceptualización en disputa que acepta diversos sentidos y aplicaciones, interesa entonces entender las formas en las que en la arena local se dirimen estas disputas a través del estudio comparativo de casos. Específicamente a través del trabajo etnográfico con las agrupaciones MBA y DCL, ahondaré en los sentidos, pero también en los alcances que tienen las prácticas propuestas en relación a la humanización del parto en nuestro país.

¹⁰⁸ Ver Anexo- Imagen 7.

Capítulo III- Paradojas de la humanización del parto

Siguiendo a Carmen Simone Grilo Diniz (1997, 2001, 2005) y a Carmen Susana Tornquist (2002, 2003, 2004), dos antropólogas y activistas brasileras que tomaré como mis referentes teóricas claves para este capítulo, analizaré los sentidos diversos actuales que el concepto humanización del parto comprende, para así relacionarlos con las propuestas, discursos y prácticas de mis dos referentes empíricos. A su vez, a través del trabajo de los aportes de Mónica Tarducci (2008), exploraré el peso que tiene la maternidad como institución y como mandato en los discursos sobre la humanización del parto.

3.1. La humanización del parto como categoría polisémica

El ideario de la humanización entendido como los valores, conceptos y prácticas que se proponen como base para la humanización del parto, se refleja en las recomendaciones y directrices vigentes propuestas por la OMS, que diferentes actores y organismos nacionales e internacionales han adoptado (Tornquist, 2003). Estas recomendaciones sintetizan una pluralidad de investigaciones sobre parto en el mundo entero.

Como he analizado en el capítulo anterior, este ideario tiene distintos significados dependiendo del actor que los proponga. Y aún más, estos diversos actores sociales se relacionan y entran en disputa por un espacio político a ser ocupado. En este sentido, el ideario de la humanización se pone en práctica a través de los diversos usos políticos que actores sociales y sectores le dan al término. Cada sentido brindado al término “humanización” se entiende como una “reivindicación de legitimidad del discurso” (Diniz, 2005: 9), es decir, como reivindicaciones de diferentes sectores convergentes o contrapuestos, que entran en diálogo por este espacio político a ser ocupado.

Para la comunidad médico- científica, la humanización resalta la asistencia basada en la evidencia científica. A través de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios, esta propuesta reivindica el uso apropiado de la tecnología y el

respeto a la fisiología de las mujeres. A su vez, se opone a las prácticas guiadas por la opinión y por la tradición, apropiándose políticamente del discurso técnico. Por ejemplo, “Episiotomía en el parto vaginal” (Carroli y Belizán, 2008) de la Biblioteca Cochrane¹⁰⁹, a través de la revisión de estudios clínicos controlados aleatorizados, evalúa los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal.

En cambio, la asistencia de los partos basada en los derechos humanos enfatiza el rol de la humanización en la defensa y reivindicación de los derechos de las mujeres (Diniz, 2005). Esta búsqueda de legitimidad política, a diferencia de la legitimidad científica reivindicada por el discurso anterior, busca una agenda política marcada por los derechos (no) reproductivos y sexuales, en el marco de los derechos sociales. Tal es el caso ya analizado en el primer capítulo, de la incorporación del concepto de violencia obstétrica en la redacción de la ley n° 26.485, teniendo como antecedente la ley denominada informalmente de “parto humanizado, parto respetado”. Es en esta línea, aunque con usos particulares, que ambas agrupaciones con las que he trabajado construyen la humanización del parto, ligada a la promoción de los derechos de las mujeres. De aquí que ambas organizaciones hayan participado de las movilizaciones que año a año rodean el Congreso de la Nación: el Día Internacional de las Mujeres (8 de marzo) y el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre). Por ejemplo, para estas ocasiones en el 2011 MBA llevó remeras para vender con lemas de la temática del parto como “Ponele el cuerpo a tus derechos”, esténciles con el lema “Todxs nacemos de mujer” y “Mi cuerpo, mi decisión”, y la publicación¹¹⁰ que tenían para distribuir entre la/os presentes. A su vez, para el 25 de noviembre de aquél año, repartieron un Test de violencia obstétrica que habían realizado en conjunto con la Asociación Civil Dando a Luz especialmente para aquella ocasión:

¹⁰⁹ La Biblioteca Cochrane es una colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en medicina y otras áreas de la salud. Es el resultado de la Colaboración Cochrane, una organización sin ánimo de lucro que reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la salud de más de 11.500 voluntarios en más de 90 países que aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud. Se actualiza cada tres meses y distribuye mediante suscripción anual en CD o a través de Internet.

¹¹⁰ Ver Anexo, Imagen 1.

Daniela: La primer gran cosa que hicimos después del Encuentro (Nacional de Mujeres) en Paraná fue el test, y fue por invitación de Dando a Luz. Dando a Luz siempre tuvo una puerta abierta al intercambio, porque claro ellas antes eran únicas (en la temática del parto), entonces al vernos a nosotras con tanta fuerza... también ellas deben haber tenido sus discusiones. Pero fue “a ver, ustedes hacen esto, tratemos de hacer cosas que sumen”.

Luego de haber vuelto de Paraná, los meses posteriores al viaje atravesaron algunos problemas de organización grupal y perspectivas políticas que derivaron en que quedaran solo tres integrantes de la agrupación. Sin embargo, el test fue el motor de articulación con la agrupación Dando a Luz, con la que meses más tarde elaborarían la “Formación de Referentes Barriales en Maternidad y Derechos” en la Villa 21- 24; y a su vez, tuvo un fuerte sentido al interior de la agrupación MBA por las devoluciones que recibieron del test de parte de las mujeres:

Celeste: ¿Esa fue la primera vez que hicieron el test?

Daniela: Sí (...) Silvana Mayer, que era afín a las dos agrupaciones y trabajaba en el Consejo Nacional de la Mujer intentó que esto fuera oficial. Y del Consejo Nacional la sacaron corriendo, le dijeron que era muy tendencioso, como que obligaba a que las mujeres respondieran que sí (a las preguntas del test)... Pero bueno, (el test) está basado en la ley. Si dicen que sí, es porque les pasa a todas y no está bueno. No hubo manera de hacerlo oficial pero logramos sacar las fotocopias y las repartimos. Ehm, eso fue muy potente, fue como estar pensando en otra etapa y la verdad que fue muy movilizante. Eran otras mujeres a las del Encuentro (Nacional de Mujeres) las que pasaban... por un lado, estaban las de las organizaciones pero estaba la gente que iba y venía a trabajar por esa vereda y se iba con el test. (...) Y volvían y (nos) decían, “ah yo nunca pensé que me iba a dar positivo”. Eso fue como un gran paso que dimos, y sigue circulando. (El test) sigue vigente y le sigue dando positivo a las mujeres, y eso es terrible.

Vale la pena detenernos en el test construido por esta agrupación como herramienta política de promoción y divulgación de derechos en pos de un particular sentido de “humanización” del parto. El test tiene como encabezado el título “25 de Noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la Mujer” y menciona el marco legal vigente para el parto (leyes nacionales n° 25.929 y n° 26.485, artículo 6 inciso “e”). Son doce preguntas cerradas que ahondan sobre la atención médica del parto y/o aborto en instituciones. Las mismas apuntan a indagar sobre determinadas características de la atención brindada a las mujeres en proceso de parto y/o aborto, específicamente: las actitudes, comentarios y trato del personal de la salud; sobre la posibilidad de manifestar miedos o inquietudes; recibir medicación para aliviar el dolor; realización de prácticas del personal de la salud sin consentimiento

(como rasurado de genitales, rotura artificial de bolsa, episiotomía, tactos vaginales reiterados); negación de permanecer acompañada; amenazas para averiguar si el aborto fue provocado, entre otras. El test termina con la frase “Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es ‘Sí’, fuiste víctima de violencia obstétrica”; por debajo de esta frase figuran los datos de los organismos responsables del Estado (como el Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Maternidad e Infancia) para poder denunciar, y el contacto de MBA por si las denuncias no son atendidas.

El significado que el Test de violencia obstétrica tiene como defensa y reivindicación de los derechos de las mujeres, muestra un sentido específico dado al término “humanización”. El test actúa como un instrumento que refleja la humanización del parto en término de derechos de las mujeres y, a su vez, marca una agenda política atravesada por los derechos (no) reproductivos y sexuales, en el marco de los derechos sociales. Como mi entrevistada me comentaba, la negativa por parte del Consejo Nacional de las Mujeres a aceptar el test como instrumento del Estado, debido a que las mujeres responderían afirmativamente a la mayoría de las preguntas, representa cómo la humanización del parto es un campo en permanente tensión, donde diversos sectores pugnan por la búsqueda de legitimidad política.

Por otro lado, utilizado en el lenguaje de las políticas públicas en el ámbito de la salud, la humanización de la asistencia se plantea como el resultado de la tecnología apropiada para la salud de la población. Enfocándose en la asistencia de la población más que en la de individuos, se reivindica la racionalidad del uso de los recursos disponibles y apropiados. Este sentido brindado al término puede yuxtaponerse con el sentido dado por el discurso de la evidencia científica antes mencionado.

Otro sentido otorgado al término es propuesto por los profesionales de la salud, orientado tanto en el cambio de jerarquías de los profesionales durante el parto como del escenario donde sucede. Como analicé en el capítulo 2, si lo que prevalece actualmente es el modelo tecnocrático de nacimiento es decir un modelo de atención donde la embarazada es una “paciente- enferma”, son las medicas obstetras quienes los atienden generalmente en quirófanos, por más que sean partos en condiciones “normales”. Dada esta situación, si en la escena del parto están tanto obstetras como

parteras, será la obstetra quien decida qué hacer, ya que ése es el escenario donde asume el poder frente a otros profesionales de la salud. De esta manera, la humanización del parto relacionada al cambio de jerarquías de los profesionales y del escenario, vendría a discutir con el actual modelo. Las parteras y las enfermeras obstétricas pasarían a tener un lugar privilegiado en la atención institucional de los partos, así como las salas y casas de parto sustituirían a la sala quirúrgica. Este sentido dado al término “humanización” es llevado actualmente a la práctica en algunas maternidades de Argentina y de Brasil.

Existe otro sentido de la humanización de la asistencia en los partos, guiada esta vez por el discurso económico que evalúa costos y beneficios, que apunta a la racionalidad en el uso de los recursos materiales. Demostrando por ejemplo los altísimos costos que implican los diferentes cortes en los cuerpos, como las episiotomías que se les realizan a las mujeres en situación de parto. Este discurso es clave para entender la relación económica entre clínicas privadas y el elevadísimo índice de cesáreas que presentan. Tuve una primera aproximación a este sentido de humanización de la asistencia a los partos cuando comencé mi trabajo de campo en mayo del 2012 en la Semana Mundial por el Parto Respetado. Para esta ocasión la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) organizó unas jornadas en la Legislatura Porteña tituladas “Los nacimientos y la economía”. En el panel de aquella ocasión participaron María José Bernasconi, coordinadora nacional de la RELACAHUPAN, la doula Sonia Cavia, Carla Veleda de la agrupación Parteras Independientes y la periodista Luciana Peker. Sonia Cavia por ejemplo focalizó no solo en los altísimos costos que implican las cesáreas y episiotomías, sino también en los gastos públicos que comprende la curación psico-emocional de las mujeres durante el post parto. A su vez, la partera Carla Veleda explicó la relación entre el modelo tecnocrático de nacimiento, las prácticas cortantes y sumamente costosas, y la hegemonía del médico obstetra en el escenario del parto. En este sentido, la partera puso en juego dos sentidos de humanización de la asistencia al parto; por un lado, la del bajo costo de las prácticas que realizan las parteras cuando atienden partos, a diferencia de los obstetras, y el cambio en la jerarquía de los profesionales en la asistencia.

Por otra parte, basados en la tradición liberal y de defensa de los derechos de los consumidores, como señala Diniz (2005), existen discursos sobre la humanización que reivindican la participación de cada parturienta en la decisión sobre su salud. Entre estos discursos podríamos ubicar ciertas propuestas del parto en casa¹¹¹, y las reflexiones en relación al parto que resaltan el individualismo dentro del mercado. Por ejemplo en las páginas web de las agrupaciones de parteras que asisten partos domiciliarios, se realiza una breve descripción de las ventajas de este servicio que fomentaría la participación de las personas involucradas en el proceso de embarazo, parto y post- parto, donde se ofrecen los números de contacto para contratarlas y la posibilidad de atender mediante obras sociales pre- pagas¹¹². También son ilustrativos los testimonios de partos en casa presentes en las páginas web de estas agrupaciones de parteras que ofrecen sus servicios. Por ejemplo, en la página del grupo De parteras¹¹³ aparece un relato titulado “Parto de Caro y Vicente (relato de Ignacio, el papá)”, relata desde la mirada del padre el desarrollo del parto de Carolina. Varios aspectos son claves en este parto: los baños de inmersión de la parturienta (con velas y calefacción), la computadora con música suave en la habitación (“iluminando con un velador de tonos rojos”, como dice el relato), la partera que realizaba masajes corporales y acompañaba el trabajo de parto mientras el obstetra esperaba para actuar si había complicaciones¹¹⁴ en el sillón del living con su netbook, la pelota de esferodinamia donde la parturienta experimentaba las contracciones, la niñera de la otra hija de la pareja quien tenía la tarea de pasar a buscarla cuando el parto sucediera. “Sonaba un tema rítmico de Sinead O’Connor y luego de ese pujo Caro movió las caderas, para un lado y para el otro, como una lenta odalisca”¹¹⁵, así relata Ignacio el parto de Carolina. Siguiendo en la misma línea de análisis, en el debate que generó DCL luego de la función de la obra de teatro “Parirte” en el auditorio de la

¹¹¹ Tomaré el término “parto en casa” como sinónimo de “parto domiciliario”.

¹¹² Un ejemplo concreto es la organización Tobi Natal que en su página web, donde está el contacto de referencia, figura la leyenda “Atendemos por Swiss Medical y otras pre- pagas” (<http://www.tobinatal.com.ar/>. Fecha de consulta: febrero de 2015).

¹¹³ <http://www.departeras.com.ar/testimonios.html>. Fecha de consulta: febrero de 2015.

¹¹⁴ Algunas veces, una ambulancia aguarda en la puerta de la casa mientras la mujer tiene el trabajo de parto para llevarla a una clínica si alguna complicación sucediera.

¹¹⁵ http://www.departeras.com.ar/testimonios_caroyvicente.html. Fecha de consulta: febrero de 2015

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en noviembre de 2014¹¹⁶, una de sus integrantes planteó que:

(...) tenemos que generar más pensamiento crítico y más auto- crítica, porque hay mujeres que se pasan buscando dos meses a un pintor, pero cuando están embarazadas van a buscar al obstetra de la esquina. Entonces siempre la responsabilidad la tiene el otro (Notas de campo, agrupación DCL, 12/11/2014).

Esta reflexión reivindica la idea del consumo de servicios en cuanto la elección del profesional con quien atenderse, teniendo en cuenta que cada mujer debe “hacerse cargo” de la decisión sobre con quién parir, dónde y en qué condiciones. En nuestra sociedad neo- liberal y de economía capitalista, determinados discursos enfatizan aspectos relacionados con la elección individual, como si se tratara de sujetos que están aislados de sus contextos y de las desigualdades de clase propiamente estructurales que genera el mismo mercado¹¹⁷. Resulta igualmente interesante, el hecho de que esta crítica al parto en casa ha sido apropiada y puesta en tensión por algunas defensoras del mismo. Por ejemplo en junio del 2014, una integrante del elenco de la obra de teatro “Parirte” de DCL, escribió una reflexión que circuló por las redes virtuales a raíz de la nueva presentación del proyecto de ley para restringir las incumbencias de las parteras al ámbito público- institucional, donde proponía:

Dicen que somos unas hippies locas, o unas ricas y famosas, que somos snob y que esto es una moda. Dicen también que el parto domiciliario planificado solo sucede en Capital y que además facilita el robo de niñxs... Pero quienes elegimos casa y elegimos parteras sabemos que hablan desde el total desconocimiento, démosle cara a esta elección consciente y responsable, pongámosle rostro a este derecho a elegir cómo, dónde y con quién parir (...)¹¹⁸.

¹¹⁶ La obra cuenta con cuatro actrices que relatan distintas experiencias de partos, desde partos en casa hasta partos institucionales, donde visibilizan las prácticas del personal de la salud en relación al cuerpo de las mujeres. El estreno de la obra fue en mayo de ese año y continuó una vez al mes durante todo el año. Tuvo lugar en teatros, en hospitales de distintos lugares de la provincia de Buenos Aires y en la Facultad de Medicina de la UBA, en Noviembre, con la presencia del Centro de Estudiantes de Obstetricia. En el 2015 continúan con la obra.

¹¹⁷ Creo que es reconociendo esta lógica del mercado neo- liberal, que debemos defender y promover las autonomías tanto en el campo de la salud, como en otros campos. Como vimos en el primer capítulo, la ley nacional n° 25.929 hace referencia al derecho de la mujer a la *elección* cuando existieran diferentes alternativas sobre las intervenciones médicas a ser efectuadas durante el proceso de parto. Este discurso también reivindica la participación de cada parturienta en la decisión sobre su salud, pero no hace referencia al consumo para lograr acceder a ellas.

¹¹⁸ El fragmento se titula “Las caras del parto en casa”.

Luego de esta reflexión se invitaba tanto a la participación en una Encuesta de Partos Planificados en Domicilio, de modalidad virtual como al envío a una casilla de correo electrónico de fotos donde aparecieran las personas implicadas en un parto domiciliario sosteniendo un cartel con la inscripción “yo parí en casa” y los datos del parto (año, nombres de la partera, lugar de residencia y características del parto). Con estas fotos se armó un video que también circuló por las redes sociales para apoyar el rechazo al proyecto de ley que restringe el accionar de las parteras, que describí en el capítulo 2. Estas reflexiones nos permiten entender que entre los discursos del parto en casa existen tensiones y pujas por el reconocimiento de diversas realidades socio-económicas de quienes los han practicado, es decir mostrar que son múltiples las características materiales de quienes lo han elegido y que no se restringe a una moda, o a personas famosas. Sin embargo, quizás esta multiplicidad de realidades que atraviesan quienes logran afrontar y llegar a concretar un parto en casa, pueda pensarse como parte de la heterogeneidad propia de determinadas clases sociales, específicamente las media- alta y alta, posibles dentro de una lógica de mercado y de defensa de los derechos de los consumidores. Aunque excede los límites de esta tesis, cabe preguntarse de qué se está hablando cuando estas activistas hablan de parto en casa, qué derechos se ven garantizados y cuáles se ponen en riesgo, y fundamentalmente los derechos de quiénes se están poniendo en riesgo: ¿es un parto domiciliario en una casilla de un asentamiento un parto en casa?, ¿es un parto domiciliario, en medio del campo, un parto en casa? Así pues, parto en casa es una categoría empírica que hace referencia a experiencias concretas y determinadas por las condiciones materiales de existencia, como las nombradas; no cualquier casa es un lugar posible donde puede practicarse un parto.

Una última aproximación a la humanización, siguiendo siempre a Diniz (2005), comprende el derecho al alivio del dolor. Este discurso guiado por la experiencia de instituciones que sufren la falta de recursos materiales, propone como “humanitarios” a los procedimientos clínicos como la anestesia peridural. A su vez, se enfoca en la premisa de que algunas drogas, medicamentos y prácticas en el pasado eran únicamente posibles en clases medias- altas. Ubicando al médico en un papel

humanitario y rescatista, este discurso es factible de ser utilizado para justificar cualquier intervención médica sobre las mujeres.

Recapitulando, contamos actualmente con diversos sectores que utilizando el término de “humanización” para la asistencia a los partos, le otorgan sentidos distintos y muchas veces contrapuestos. De esta manera, la humanización de la asistencia puede ser pensada como basada en la evidencia científica, como la reivindicación de los derechos de las mujeres, como la tecnología apropiada para la salud de la población, como el cambio de jerarquía de los profesionales de la salud, como la evaluación de los costos y beneficios de las prácticas sanitarias, como la decisión individual y consumista de la parturienta en la decisión sobre su salud y como el derecho al alivio del dolor. En la práctica estos sentidos se conjugan, se yuxtaponen y se contraponen, para darle legitimidad al discurso y dotar de un significado específico al término “humanización del parto”. Ahora bien, ¿desde qué sector se posicionan mis referentes empíricos para darle sentido al término? ¿Qué otros sentidos de la humanización del parto están presentes en las propuestas y discursos de las agrupaciones MBA y DCL? ¿Qué alcances de clase tiene el sentido de humanización de la asistencia que proponen a través de sus actividades? ¿A qué mujeres concretamente logran representar?

3.2. Partos, mujeres y movimiento feminista: ¿la maternidad obligatoria cuestionada?

Siguiendo a Mónica Tarducci (2008), el análisis de la maternidad como institución nos permite entrever cómo en nuestras sociedades capitalistas y patriarcales se define a las mujeres como madres heterosexuales que cuidan niñas y niños heterosexuales. Existen claros mandatos sociales que le dan forma a esta institución, los cuales naturalizan las emociones relacionadas con el amor y el cuidado que las mujeres deben tener por sus hija/os; por lo que estos mandatos se transforman en “mandatos naturales” al asociar linealmente el ser mujer a maternidad y a naturaleza. En este apartado, intento entender desde qué representación de *ser mujeres* mis dos referentes empíricos, DCL y MBA, construyen sus discursos y

actividades; y cómo estas representaciones influyen en el significado y enfoque que le brindan al término “humanización del parto”.

3.2.1. La agrupación MBA y el trabajo “en territorio”

En los mails que intercambiaron para irse conociendo y en aquella primera reunión donde organizaron cómo viajar al Encuentro Nacional de Mujeres del 2010, todas las integrantes de MBA fueron coincidiendo en problematizar el parto dejando de lado los enfoques “elitistas, idílicos y románticos”, como una de ellas me describía. En este primer encuentro para conocerse entre ellas, no sólo estuvieron presentes los propios relatos sobre las experiencias vividas en sus partos de quienes tenían hija/os, los relatos sobre los abortos que cada una realizó en su vida tuvieron el mismo peso que los partos. A su vez, desde los comienzos de la agrupación, el parto como problemática a militar estuvo siempre atravesado por el feminismo, como por ejemplo se reflejaba a través de sus lemas en la bandera¹¹⁹ que finalmente llevaron al Encuentro del 2010, “Lo personal es político” clara frase que hace referencia a la Segunda Ola Feminista; “Maternidad, deseo, derecho (no mandato ni deber)”, relacionando maternidad con elección, y no como determinación por ser mujer; “Mi cuerpo, mi decisión”, frase que es generalmente utilizada en movilizaciones de mujeres para reclamar por el aborto legal; “Amor y Lucha”, dándole un sentido político al amor y a la maternidad, también relacionada con la Segunda Ola Feminista y a la politización de la vida cotidiana que el movimiento feminista plantea. Así, la militancia feminista del parto de MBA se refleja concretamente a través de su posicionamiento frente al aborto:

Daniela: (...) La verdad que esa discusión estuvo desde el inicio, Vero antes de ir a Paraná dijo “ojo con qué gente se nos suma...”, había una discusión de la gente que se nos pegaba. Porque como (lo que planteábamos) era algo novedoso y a la vez necesario, que alguien sea punta en el tema del parto de “otra manera”, (...) por eso siempre estaba la discusión acerca de cuál era el límite o quienes queríamos y no queríamos (que se nos sumaran)... y fue clave antes de ir al Encuentro (Nacional de Mujeres) “bueno, con esto de la maternidad que no se nos peguen las anti- abortistas” y bueno, siempre estuvo, siempre estuvo.

¹¹⁹ Ver Anexo- Imagen 8.

Antes de ir a al Encuentro en Entre Ríos en el 2010, armaron los estenciles y las remeras con los lemas que habían realizado para la bandera, así como la primera publicación de la agrupación (aquella que yo recibí). Este primer viaje como agrupación fue inaugural en muchos sentidos y marcó un rumbo específico. Experimentaron marchar juntas, compartieron una bandera, pancartas y estenciles con lemas relacionados a la temática, lanzaron la primera publicación y se repartieron para poder instalar el tema en dos talleres distintos del Encuentro, en el de Mujeres y Violencia, y en el de Derechos Sexuales y Reproductivos. De esta forma, MBA brinda al término de “humanización del parto” un sentido claramente de defensa y reivindicación de los derechos de las mujeres. “Mi cuerpo, mi decisión”, frase que utilizaron en la bandera y en los estenciles reiteradas veces, la cual es generalmente utilizada para reclamar por el aborto legal, muestra una interesante conexión entre el aborto legal y la promoción del parto humanizado, como derechos de las mujeres partiendo de una perspectiva feminista. Marcando una agenda política que vele por los derechos (no) reproductivos y sexuales, en el marco de los derechos sociales, MBA propone la temática del parto a partir de la representación de las mujeres tanto de las que desean ser madres como de las que no es su intención. Así, el alcance de su militancia se relaciona con un significado de humanización de la asistencia que incluya tanto a los partos como al derecho al aborto legal.

¿Qué rol cumplen los Encuentros de Formación para Referentes Barriales en Maternidad y Derechos, en la Villa 21- 24, en el significado sobre la Humanización del parto que tiene MBA? ¿Qué perspectiva sobre la maternidad estuvo presente en estos Encuentros?

A mitad del 2011 una trabajadora social que había compartido una formación académica con Valeria, propone a la agrupación articular con el taller de “Violencia y adolescencia” que se desarrollaba en la villa 21- 24 del barrio de Barracas, organizado por la Comisión de Derechos Humanos Villa 21-24 y trabajadoras sociales. Este fue el primer acercamiento de la agrupación MBA al barrio. Como en el taller surgían casos de adolescentes embarazadas que sufrían violencia en la atención hospitalaria de sus embarazos y partos, desde el taller necesitaban herramientas para acompañar a estas mujeres, y la articulación con MBA fue la posibilidad de debatir las leyes nacionales n°

25.929 y n° 26.485 y, así, discutir sobre maternidad, deseos, aborto, atención hospitalaria, violencia y adolescencia. Trabajaron no solo desde la discusión oral sino también a través del abordaje corporal (ejercicios de expresión corporal) y visual (material audio visual, elaboración de afiches, etc.); además contaban con un espacio donde podían permanecer las hijas e hijos de las mujeres que participaban en las actividades.

El sentido significativo de todas estas prácticas como antecedentes, hizo que unos meses más tarde la agrupación MBA planificara “formar doulas dentro del barrio”, en palabras de una de mis entrevistadas. Promoviendo que no dependan únicamente de la agrupación y transfiriendo la tarea a las mismas mujeres del barrio de la Villa 21- 24 de Barracas, la formación tenía el objetivo concreto de que sean ellas mismas las que pudieran tener las herramientas necesarias para acompañarse en el momento del parto hospitalario. Pero esta actividad no les fue posible concretarla durante el 2012 porque la experiencia de “Mujeres y embarazo” era un antecedente que les demostró que la participación de las mujeres del barrio variaba mucho semana a semana. En este sentido, realizar la convocatoria implicaba muchas horas de permanencia allí. A su vez, Luciana una de las integrantes de MBA quedó embarazada, por lo que decidieron bajar el ritmo de las actividades.

Recién a mediados del 2013 logran volver a la Villa 21- 24, para concretar la actividad pendiente de formación de doulas:

Cecilia: Pensábamos en una formación de 2 o 3 días intensa, sobre todo para ellas, para que una vecina por manzana, más o menos maneje la información básica de derechos y sepa cómo acompañar(los partos), la idea es que *ninguna mujer vaya sola a parir*. (Las cursivas me pertenecen)

¿Qué significado tiene el objetivo de que “ninguna mujer vaya sola a parir” dentro de la propuesta de la humanización del parto de MBA? Con el foco de la actividad puesto en hacer valer el derecho de las mujeres a ser acompañadas por una persona de su elección mencionado en la ley nacional n° 25.929, MBA convocó a la Asociación Civil Dando a Luz¹²⁰ para colaborar con la organización de la formación de doulas que llevó el nombre de “Encuentros de formación de referentes barriales en

¹²⁰ Articularon con el objetivo de poder entregar Certificados de Asistencia a los encuentros, entre otras tareas.

maternidad y derechos”¹²¹. A su vez, articularon con la Comisión de Derechos Humanos Villa 21- 24, con el Grupo de Mujeres de la Villa 21- 24 y con el Espacio Creativo Musical Orilleros para la convocatoria a las mujeres. El trabajo en conjunto con estos grupos del barrio, hizo que la actividad estuviera conectada con la realidad cotidiana de las personas que viven en él; es decir, articular con estos grupos profundizó un trabajo previo que ya se venía realizando en y desde el barrio. El sentido de la actividad para MBA tenía muchas aristas para analizar, como me lo explicaba una de ellas:

Daniela: Si el hospital para las mujeres del barrio es un lugar deseable, no vamos a lograr que lo denuncien por violencia obstétrica, y porque (ellas) te lo decían así abiertamente, “yo no voy a denunciar el lugar donde después tengo que hacer el control pediátrico de mis hijos, que lo necesito para cualquier cosa, no voy a denunciar”. (...) Entonces entendimos que tenía que ver con prevenir, y en ese camino de prevención llegamos a la formación (de referentes barriales en maternidad y derechos).

Partiendo de una perspectiva feminista, la agrupación MBA está marcando una agenda política signada por los derechos (no) reproductivos y sexuales, cuando plantea acciones para definir los límites de un problema social como tal. Es decir, cuando elige no trabajar a través de la denuncia por violencia obstétrica, teniendo en cuenta que los hospitales son escenarios transitados por las mujeres y sus familias más allá del parto, MBA está delimitando cómo problematizar el parto y cuál es el sentido de la humanización para este contexto. A su vez, cuando plantea que “ninguna mujer vaya sola a parir” está definiendo un problema social, el problema es que las mujeres vayan a parir solas. Y a este problema se le suma otro. En la ley nacional n° 25.929 figura el siguiente inciso: “Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto” (inciso “g”, artículo 2). Como ya analizamos esta ley fue promulgada en el 2004, pero aún no está reglamentada. Si el hecho de que las mujeres vayan solas a parir significa un problema social, y si la actual ley que permitiría solucionar este aspecto del parto no está reglamentada, la Formación de Referentes está definiendo al parto humanizado de un modo particular. Por un lado, a través de problematizar el acompañamiento de los partos, es decir de su

¹²¹ Ver Anexo- Imagen 7.

dimensión psico- emocional, y, por otro, a partir de la reivindicación de derechos de las mujeres (como el de estar acompañadas durante el parto por una persona de su elección) que aún no están reglamentados luego de once años de su promulgación.

Para continuar con el desarrollo que tuvieron los Encuentros de Formación, fueron en total tres Encuentros que se desarrollaron los primeros tres sábados por la tarde de octubre del 2013, en el Espacio Creativo Musical Orilleros. Para algunas integrantes de MBA los Encuentros estuvieron basados en una dinámica que rodeó mucho la patología del embarazo y el parto por la presencia de la médica obstetra integrante de la Asociación Dando a Luz. En este sentido, las charlas fueron guiadas por las preguntas que hacían referencia a cuestiones de salud y a los mitos del cuerpo durante el parto; por ejemplo, si el líquido amniótico se relaciona con la cantidad de agua que toma la embarazada, o las causas del enrosque del cordón alrededor del cuello de la/el bebé cuando nace. Igualmente, las actividades también se centraron en discutir qué estrategias implementar para permanecer acompañando a las mujeres en el momento del parto si el personal de la salud lo cuestiona y/o lo niega. De esta manera, se debatió detalladamente sobre las leyes y sobre cómo sobrellevar situaciones hipotéticas con el personal de la salud. Aquí vemos cómo los sentidos de humanizar el parto se conjugaron y entraron en tensión dentro de la actividad propuesta. Por un lado, la médica planteaba la humanización basándose en la evidencia científica y otras organizadoras trataban de re-direccionar el sentido de la actividad para el lado de los derechos de las mujeres en tanto sujetos de derechos.

En el tercer y último Encuentro que presencié, se trabajó con material audiovisual para abrir discusiones sobre el significado de la humanización del parto. Por ejemplo, compartieron varios videos de partos en el agua y partos en casa, todos acompañados por parteras y doulas, para debatir sobre los beneficios de estos estilos de partos basados en la no medicalización y no institucionalización. Se miró un video de un parto en el agua donde la/el bebé tenía el cordón umbilical enroscado con varias vueltas al cuello, y una partera, debajo del agua, manejó esta situación acompañando el mismo movimiento que hace la/el bebé al nacer. Como la mayoría de la/os obstetras se excusan en mandar a cesárea cualquier parto que tenga una vuelta al cuello de la/el bebé, este ejemplo fue ilustrativo de que existen otras formas de resolverlo en manos

de una partera. Luego, pasaron fotografías y cortos fílmicos de partos institucionales considerados humanizados, focalizando el debate en las formas de acompañamientos de parto existentes y en los beneficios psico- emocionales que esto genera para la parturienta. A partir de esta discusión, relacionaron posibles situaciones de acompañamiento en el hospital público que las mismas mujeres podrían llevar a cabo, así como también identificaron posibles obstáculos con el personal de la salud que podrían afrontar. En este sentido, las organizadoras promovieron que las participantes contaran experiencias y sensaciones de sus partos clínico- hospitalarios, para debatir sobre formas de implementar las herramientas legales disponibles en nuestro país. Por último, pasaron un famoso corto fílmico nacional que circuló por programas televisivos y por la red virtual, el cual denuncia determinadas prácticas como violencia obstétrica. Así, dando cuenta de que algunos ideales del parto humanizado no logran ser llevados a la realidad, se identificó mucho de lo sucedido como prácticas relacionadas con la violencia obstétrica. Como cierre de los Encuentros, al acercarse el “Día de las Madres”, se propuso realizar una actividad lúdica. Las participantes debían moverse en el espacio y encontrarse entre sí para formar la frase “Respeto por nuestras decisiones, derechos y deseos. Para las madres y todas las mujeres”¹²². Esta frase abrió una nueva discusión basada en que las mujeres no deben ser violentadas en ninguna modalidad, focalizando tanto en las mujeres que desean ser madres como las que no lo visualizan como un deseo.

A partir de lo relatado, quiero enfatizar que la Formación de Referentes plantea una integralidad de la dimensión del acompañamiento de los partos, cuando propone tanto que el ámbito donde este acompañamiento suceda sea en el hospital del barrio, como cuando define que sean las mismas mujeres del barrio las que se acompañen entre ellas a hacer valer sus derechos. Lo que está en juego no es solamente el parto como un evento aislado, sino como un evento social. Y, en este sentido, la propuesta del acompañamiento de los partos en el hospital público por mujeres (y no exclusivamente madres) que forman parte de los vínculos barriales, produce tres supuestos. El primero, un fortalecimiento y re- creación de los lazos sociales entre las mismas mujeres de la Villa 21- 24; el segundo, una transformación de los vínculos

¹²² Ver Anexo- Imagen 9.

entre profesionales de la salud del hospital público y las mujeres del barrio atendidas en él, teniendo en cuenta que este escenario es transitado por ellas y sus familias más allá del parto, es decir es un ambiente de cuidados múltiples; y el tercero, una apuesta por los derechos no reproductivos en tanto se resalta el deseo de la no- maternidad como una opción y como una elección de las mujeres, y se las incluye como posibles acompañantes de partos. Como me decía una de las integrantes de Dando a Luz cuando la entrevisté en agosto del 2014:

Viviana: (...) Veíamos la realidad que había, el tema de las cesáreas innecesarias, digamos (yo como médica) en el hospital había visto una realidad, y bueno, también veía que había distintas clases de abusos, distintas clases de maltrato, y todas tenían que ver con faltas de información, o sea las mujeres se (+) dejaban hacer pensando que era lo mejor. (...) Digamos (teníamos) como esa sensación, como esa necesidad de comunicar. Y transmitirlo a otros para *transformar una realidad* que nos parecía sumamente injusta, sumamente opresiva, este... violenta. (Las cursivas me pertenecen)

Es decir que trabajar en un barrio emergente con esta temática y en los hospitales públicos, anclando en un aspecto de la ley n° 25.929 que aún no está reglamentada, fortaleciendo a su vez los lazos sociales entre las mismas mujeres del barrio, son decisiones políticas de la militancia de MBA que dimensionan las perspectivas de clase y de género con las que trabajan para *transformar una realidad*.

3.2.2. DCL: entre el activismo online y los talleres arancelados

Desde los comienzos de DCL, su trabajo se focalizó en una problematización particular de la maternidad y el parto. La extensión de las licencias maternales y la promoción de los dispositivos llamados “saca-leche” para continuar la lactancia materna, por ejemplo cuando la mujer debe re- insertarse al mercado laboral luego de la licencia por parto, fueron las principales actividades en las que encaminaron sus propuestas en el 2011. En este sentido, me parece interesante destacar cómo comenzaron a construir una relación específica (y conflictiva) con el movimiento feminista a partir de los primeros diálogos cuando promovían sus primeros reclamos:

Karina: Fue muy gracioso porque digamos que lo que nos unió (como grupo) fue la lucha por la ampliación de las licencias (por parto y nacimiento), imagínate cuando nos

juntamos con ciertos sectores feministas. Nos miraban como diciendo “*locas, ¿ustedes quieren ponerse los rulos de vuelta? Déjense de joder*”. (Las cursivas me pertenecen)

La representación que las integrantes tenían del movimiento feminista era que rechazaban toda reivindicación relacionada a la maternidad, al parto, a la gestación y por ende, que sus reclamos eran antagónicos al movimiento. En esta puja de sentidos por cuál es “el” reclamo de las mujeres como colectivo social, DCL se ubicaba por fuera de “ciertos sectores feministas” y defendiendo temáticas que supuestamente, y a los ojos de DCL, eran ajenas al feminismo porque retrasarían sus logros, como la ampliación de licencias por parto y nacimiento de hija/os. A su vez, si estas temáticas se visibilizan como un “ponerse los rulos de vuelta”, como me decía Karina, que hace referencia a un supuesto ámbito privado- doméstico, ayudan a reforzar las disparidades entre las reivindicaciones dentro del propio feminismo.

Mi primer acercamiento al espacio de este grupo fue con motivo de una charla denominada “Mujeres movilizadas” que organizaron durante el 2012 y que continuaba una vez por mes en una casa dedicada a las actividades grupales. Pude presenciar que las charlas abiertas al público en general estaban apuntadas a debatir tanto las formas de vivir la maternidad, pasando por la visibilización de las experiencias de parto, hasta el compartir experiencias en torno a la crianza de hijas e hijos. Es decir que el grupo intentaba abarcar algunas temáticas y problemáticas de las mujeres, sin focalizar únicamente en el parto y con el objetivo de que a partir de tres o cuatro expositoras se abrieran discusiones con el público asistente. Estas temáticas también se evidencian en las actividades semanales que sostienen desde comienzos de 2012 hasta la actualidad, los talleres de “Mujeres embarazadas” y “Grupos de crianza”; los cuales tienen un arancel definido, y se desarrollan en tres espacios distribuidos por la ciudad de Buenos Aires y uno ubicado en zona Oeste de la provincia de Buenos Aires, que son alquilados por las organizadoras. La dinámica de estos talleres es de una vez por semana, de una hora y media de duración cada encuentro. En grupos que van de cinco a diez participantes, el foco está puesto en trabajar con técnicas grupales (lecturas y material audiovisual como disparadores de discusiones, *role- playing*¹²³, psicólogas invitadas

¹²³ Es una técnica de aprendizaje y la base de las terapias grupales, en las que a partir de adoptar un papel de un personaje concreto, se crea una situación como si se tratara de la vida real para resolver conflictos vinculares y adoptar una nueva mirada frente a los problemas.

para debatir sobre un tema en particular, etc.). A su vez, los encuentros están basados en la idea de que cada mujer encuentre en el espacio un ámbito de sostén psicológico-emocional, poniendo experiencias y vivencias en común con otras mujeres en una situación similar, y promoviendo lazos entre ellas. Las organizadoras del taller actúan, en sus palabras, como “guías” de los encuentros en los que aprovechan “el emergente” de cada reunión y en las que promueven que cada participante tome las herramientas que necesite;¹²⁴ igualmente tienen un objetivo principal muy definido que se focaliza en que las mujeres realicen una búsqueda particular en el significado psicológico- emocional de sus embarazos y crianzas:

Laura: (...) Y por ahí en realidad surgen muchas otras cosas que tienen que ver más con lo emocional, obviamente que circulan por el tema de la crianza. No es esto de “¿qué hago? ¿Le doy de comer a los seis meses o a los ocho?” No, es otra cosa más profunda. Y que esta bueno, porque en el puerperio que es el tiempo después del nacimiento del bebe, en la mujer surgen un montón de cosas, la maternidad te atraviesa de tal manera que (es) una crisis que puedes aprovechar, que puede despertar tu creatividad, eh no se... la posibilidad del auto conocimiento súper profundo, un montón de cosas. Otras mujeres que por ahí *eligen* pasarla así como /Pausa/ (Las cursivas me pertenecen)

Celeste: ¿Más desapercibida?

Laura: ¡Claro! Pero para las mujeres que te dan esa posibilidad de vivirlo intensamente, surgen muchas cosas grosas a nivel personal eh, y está bueno creo yo. Y es eso lo que se comparte (en los talleres). Mujeres que se replantean sus lugares de laburo, que empiezan con emprendimientos nuevos, eh, no se miles de cosas /Pausa/ que se cuestionan muchas cosas, está bueno por ese lado.

Esta búsqueda de sentido del embarazo y la crianza que impulsan en los grupos y talleres que tienen a cargo, que en sus discursos se tiñe de neutral, tiene una clara marca de clase y de género. ¿Pueden todas las mujeres, por ser mujeres, “despertar la creatividad” como decía Laura, en el embarazo, parto o crianza? ¿Qué características tienen las mujeres que sí pueden lograrlo? Sin dudas, toda persona tiene el derecho a despertar la creatividad en cualquier instancia de su vida. Es decir, el deseo de tener

¹²⁴ Las lecturas que utilizan como referencia para desarrollar los talleres incluyen a autores como Michel Odent y Casilda Rodríguez Bustos, ya citados; Laura Gutman, escritora argentina autora de libros de auto-ayuda como *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* (2002) y *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina* (2014), entre otros; Jean Liedloff, antropóloga estadounidense autora de *El concepto del continuum: En busca del bienestar perdido* (1975) que escribió luego de convivir con los Yequana en Venezuela. El libro se utiliza actualmente para fundamentar la crianza “con apego”; que vendría a entenderse como el contacto físico permanente del bebé con su cuidador/a, el responder inmediatamente a las demandas del bebé, etc. Otro autor utilizado es Carlos González, pediatra español autor de libros sobre crianza, alimentación saludable y bienestar infantil.

un parto con determinadas características psico- emocionales, debe ser un punto sobre el cual militar y promover la información necesaria. Pero este derecho, aunque aparente igualdad, no está *dado en la realidad*, no es muchas veces una simple cuestión de *elección*. Existen cuestiones materiales (entre otras) que hacen que estos deseos de tener un parto con características específicas no puedan ser logrados por cualquier persona. En un sistema médico como el actual en el que rige el modelo tecnocrático de nacimiento -que ya he descrito en los capítulos anteriores-, generalmente solo son las mujeres que logran afrontar económicamente los cursos de trabajo psico- emocional y espiritual las que logran visibilizar este deseo. Digo visibilizar y no concretar, porque más allá del análisis de clase, por más que este deseo este visibilizado el mandato médico es tan potente sobre los cuerpos y saberes de las mujeres que concretarlo es casi azaroso¹²⁵. Un ejemplo concreto es lo que le sucedió a Luciana de MBA, que a principios del 2013 cuando intentó parir a su hijo en su casa tuvo algunas complicaciones en el proceso de parto, por lo que necesitó asistencia hospitalaria y debió concurrir de urgencia al Hospital Anchorena. Allí sufrió maltrato verbal y físico de los obstetras de turno, que la juzgaron por haber parido en su casa y amenazaron con denunciarla¹²⁶. Continuando con el análisis de clase, a su vez, en el modelo actual se necesitan pagar profesionales de la salud que acompañen este deseo, además de contar con un entorno social que apoye estas prácticas, y un espacio físico disponible y con condiciones necesarias para concretarlo. Las reivindicaciones de la humanización del parto de DCL entonces, estarían basándose más en la tradición liberal y de defensa de los derechos de las parturientas como individuos y consumidoras, fomentando la participación de cada parturienta en la decisión sobre su salud. Sin embargo, esta perspectiva también la conjugan con un enfoque de derechos de las mujeres, como veremos más adelante.

En este sentido, ¿qué tipo de representación de “ser mujer” es activada por

¹²⁵ En el estreno del documental “El parto y el poder”, donde DCL orientó el debate post- estreno, una de las parteras reflexionaba sobre esta cuestión, “parir en tu casa no te aísla de parir con profesionales del modelo médico que imprimen sobre los partos de las mujeres prácticas violentas, como medicalizarlas o maltratarlas de diversas formas” (Notas de campo, agrupación DCL, 21/9/2013)

¹²⁶ Luego de este hecho que vive *en carne propia*, deciden comenzar como agrupación el proceso de denuncia por violencia obstétrica al hospital en una Defensoría del Pueblo que trabajaba con la ley n° 26.485.

este estilo de discursos que igualan las posibilidades de parir en determinadas condiciones a *las elecciones de cualquier mujer*?

3.2.3. Entre la clase y el género: sobre diversas “humanizaciones” del parto

Ambas agrupaciones abordan los partos desde un enfoque que va mucho “más allá de lo fisiológico”, es decir criticando el modelo tecnocrático de nacimiento y reivindicando un abordaje humanizado y psico- emocional de los partos. Sin embargo como ya analicé, el término “humanización” de la asistencia a los partos es una categoría polisémica que se refleja a través de los distintos sectores que actualmente disputan la arena política. Particularmente, no es lo mismo reivindicar la humanización del parto partiendo de la representación de que todas las mujeres por tener útero y ser potenciales madres merecen este tipo de trato, que partir de una mirada que agrupe diversas luchas por los derechos de las mujeres incluyendo los sexuales, los reproductivos y en especial los no reproductivos. Los alcances en términos de clase y género serán distintos, y producirán distintos efectos en los ámbitos donde realizan sus actividades.

Ya Tornquist (2003) en su trabajo en la Maternidad del Hospital Universitario de Florianópolis, en Santa Catarina, Brasil, evaluó ciertos alcances del modelo humanizado de asistencia al parto. La Maternidad procura llevar a la práctica el incentivo al parto vaginal y al amamantamiento materno, la presencia de acompañantes a elección de la parturienta y la reducción al mínimo de las intervenciones médicas. Sin embargo, la autora analiza que el ideario de la humanización del parto aunque aboga por ciertos derechos de las mujeres, está desatento a otros, específicamente a los relacionados a las diferencias socioculturales y de clase de las mujeres que asisten a la misma. En este sentido, concentrándose en algunas cuestiones técnicas como el cambio de escenario, de profesionales y de reducción de algunas intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres, la Maternidad estudiada continúa fomentando un modelo universalista de maternidad (a través de la obligatoriedad de la lactancia materna), de familia (a través de los discursos sobre los

acompañantes), de femineidad (a través de los valores en relación al “amor materno” que circulan) e inclusive de dolor (a través de la visión hegemónica de cómo se sienten los dolores de parto). Así, estos valores que las mujeres de clase media y media-alta logran alcanzar y reproducir en el hospital donde se atienden mujeres de todas las clases sociales, transforman a la humanización del parto en actos de violencia simbólica para aquellas mujeres que no logran acceder a estos valores, reduciendo el potencial que tiene el ideario.

Estos distintos alcances en términos de clase y género, también se visibilizan en la relación que las agrupaciones construyeron conmigo como investigadora mujer:

Laura: (...) Tenemos talleres de “Grupos de crianza” en Congreso, dos en Chacharita y uno en Morón.

Karina: La idea es esa viste, no todo acá alrededor del Obelisco o en Palermo. La idea es como salir. Pasa que salir cuesta también. Después tenemos, nos quedan 2 charlas de “Mujeres movilizadas”, la de noviembre ya está. Después... no sé si te va a ayudar para tu tesis, pero te vas a reír... vos sos madre, ¿no?

Celeste: No

Karina: Bueno, *para cuando lo seas*, y te vas a reír igual, es un video de una actriz le produjeron una serie de capítulos que son cortitos creo que duran 10 minutos sobre maternidad... no, te ahogas. Te ahogas, te ahogas de risa. (Las cursivas me pertenecen)

En esta primera entrevista que tuve con la agrupación DCL, su suposición casi incuestionable de no sólo de mi condición de madre sino de mi *potencialidad* como mujer- madre, refuerza cierta reivindicación de la humanización del parto partiendo de la representación de que todas las mujeres son potenciales madres y desean serlo¹²⁷, y por eso merecen este tipo de trato humanizado.

¿Cómo puede entender la idea sobre la humanización del parto una mujer que ni siquiera tuvo la posibilidad de poder elegir la continuación de un embarazo no deseado?¹²⁸ Si dentro del discurso sobre la humanización del parto se entremezcla la maternidad como destino, en la arena política se estarán confrontando los mandatos

¹²⁷ Recuperando la propia experiencia como fundamento de la práctica y teoría feminista, Anchorena y Yañez (2013b), parten de la frecuencia sistemática de la pregunta “¿para cuándo los hijos?”, para reflexionar sobre sus genealogías focalizando en torno a los procesos personales de decisión sobre la propia no- maternidad, la articulación entre maternidad y heteronormatividad, y las diferentes posibilidades de elegir no ser madres.

¹²⁸ Teniendo en cuenta la ausencia en nuestro país de una ley que garantice el aborto legal, seguro y gratuito.

médicos sobre los cuerpos de las mujeres pero se estará construyendo otro muy peligroso a mi entender: el mandato y obligación de que por *ser mujeres*, debemos ser madres, incluyendo a la heterosexualidad y la monogamia dentro del mandato (“porque todo llega”).

Todo dependerá entonces de las distintas militancias que las agrupaciones activen para politizar de manera diferenciada esta problemática. En este sentido, si en algunas agrupaciones el discurso de la humanización del parto conlleva la idea de maternidad como *destino* (a la cual, no debemos olvidar, hay que garantizarle derechos), en otras el discurso se politiza desde una visión más amplia de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, donde los derechos son de las personas, en este caso las mujeres, y no de la institución maternal. Entiendo de esta forma que MBA propone un discurso más amplio de reivindicación de derechos integrales para todas las mujeres.

3.3. Entre el instinto y el aprendizaje: el parto humanizado y “la vuelta a lo natural”

Existen cierta/os autora/es cuyos libros circulan mucho entre ambas agrupaciones, debido a que problematizan y critican el modelo tecnocrático de nacimiento:

Celeste: En los grupos de crianza, ¿ustedes leen algo? ¿A quiénes? O ustedes dos ¿a quienes leen para tener más información, para estar más cómodas con la temática? ¿A quiénes tienen ahí de referencia?

Laura: Bueno a Casilda (Rodríguez Bustos)

Karina: Numero uno. Ehm, ¿a quién más?

Laura: Por ahí hemos trabajado con cosas de Laura Guttman aunque no concordamos 100% con su ideología, pero bueno por ahí cosas que nos sirven, o por ahí porque las madres leen mucho eso. Eh bueno con las embarazadas hemos trabajado con Michel Odent por ejemplo.

Michel Odent como ya he explicado parte de un supuesto “saber instintivo” de la mujer para generar movimientos libres como la postura al parir y la necesidad de enfrentarse al propio dolor sin “apagarlo” con suministros médicos. A su vez, postula

que la situación emocional de la mujer embarazada es determinante en el futuro tanto psíquico como físico del individuo, creando una relación lineal entre emociones de la embarazada y el futuro moral de la sociedad. Ésta marcada descontextualización de las mujeres que están embarazadas, sus entornos, sus posibilidades materiales y emocionales y la reducción a un instinto que sabe cómo parir, no hacen más que cargar a las mujeres de *deberes ser y hacer*, de mandatos sobre los que además de sus embarazos deben cargar con la responsabilidad moral del futuro de la sociedad.

Esta búsqueda de un supuesto instinto que sabe cómo parir, es crucial para entender cómo ciertos valores del ideario de la humanización del parto, a mi entender, alimentan representaciones que aumentan las brechas de clase y refuerzan ciertos mandatos “costosos” para las mujeres.

Me interesa focalizarme en dos actividades puntuales que DCL ha desarrollado en estos años, el estreno del documental “El parto y el poder” en septiembre de 2013¹²⁹ y el debate posterior a la obra de teatro “Parirte” en mayo de 2014 en la Facultad de Medicina de la UBA, con la presencia del Centro de Estudiantes de Obstetricia. En el primer caso, el documental fue realizado por la agrupación América Nativa en donde las integrantes de la agrupación DCL fueron entrevistadas, y organizadoras del debate post- estreno en la Biblioteca Nacional Mariano Moreno. Allí se discutió ampliamente sobre el significado de “los partos con poder”; reforzando uno de los objetivos principales que tienen como agrupación una de las integrantes de DCL respondió que “parir con poder es parir con información” (Notas de campo, agrupación DCL, 21/9/2013). Esta frase me interesa relacionarla con el debate que generó la agrupación luego de la función de “Parirte” en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Una de las integrantes del grupo reflexionó en determinado momento acerca de la idea de que todos somos víctimas del sistema de salud y de que la desinformación sobre el parto hace que las mujeres “entreguen” sus cuerpos a las instituciones muy fácilmente. A su vez, un hombre que se encontraba con su pareja mujer y su hijo, se dirigió en voz muy alta a las estudiantes de obstetricia diciéndoles que si realizaban determinadas prácticas como inyectar una

¹²⁹ La película fue llevada por las organizadoras al Encuentro Regional de Mujeres en el 2013, para abrir la temática en uno de los talleres.

epidural, estarían robándoles el parto a las mujeres, estarían robando el acto “de la naturaleza que nos da la vida” (Notas de campo, agrupación DCL, 12/11/2014). En este sentido, me pregunto cuál es la información que es válida a la hora de parir: ¿entre qué sectores sociales circula? ¿Cuál es el sentido de “contar con información” que prima para que un parto no sea “entregado a las instituciones”? Es más, el hecho de “contar con información”, ¿trae directa y linealmente como consecuencia “estar informada” para decidir? Si los partos son *actos de la naturaleza*, ¿qué lugar tienen entonces las agrupaciones sociales que reivindican por la *humanización del parto*?

Como he analizado, la clausura de la “propia experiencia” de las mujeres en relación al parto, en tanto desvalorización de sus cuerpos y saberes por el modelo tecnocrático de nacimiento (Davis-Floyd, 1993), impulsaron desde 1950 propuestas relacionadas a “devolverle” esta experiencia a las mujeres. La crítica al modelo tecnocrático, basada en un “imaginario positivo” de los partos de las mujeres, fue consolidando un ideario por la humanización del parto que parte de dos conceptos principales, el de naturaleza y el de humanización, como formas de *empoderamiento* y de *recuperación* de la propia experiencia (Tornquist, 2002). Tanto Odent como Paciornick, referentes de la segunda camada del parto sin dolor, entienden estos conceptos de una forma que merece atención. El primero, partiendo del supuesto saber instintivo de la mujer para la elección de la postura al parir y definiendo a los seres humanos como principalmente mamíferos, plantea que el parto debe tener su curso sin “intervenciones humanas”¹³⁰. Por su lado, Paciornick en su libro *Parto en cuclillas: Aprenda a nacer como los indígenas* (1979), considera que los partos de las mujeres indígenas con las que estableció contacto como médico comunitario en las reservas indígenas del Sur de Brasil, son superiores a los partos occidentales. Las mujeres occidentales se habrían distanciado tanto de los procesos bio-fisiológicos debido al proceso civilizador, que las mujeres indígenas a través del parto en cuclillas lograron conservar y estarían más aptas a parir en función de los usos del propio cuerpo, sin necesitar intervenciones externas (Tornquist, 2002). Es necesario analizar cómo el concepto de *naturaleza* está poniéndose en juego con el concepto de

¹³⁰ Algunos de los libros en donde desarrolla estas ideas son *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad* (2008), *El bebé es un mamífero* (2009) y *El nacimiento en la era del plástico* (2011).

*cultura*¹³¹. Odent sitúa específicamente a las mujeres con su instinto cercanas a un estado animal cuando paren, relacionando las tres representaciones de seres mamíferos, animalidad e instinto en una yuxtaposición con la idea de naturaleza. Así logra contraponerse al modelo tecnocrático de nacimiento, donde lo que rige es la tecnología y el intervencionismo médico, la cultura de la cual nos tenemos que “librar”. Un claro ejemplo ilustrativo se encuentra en la página web del grupo De parteras, donde en el testimonio del padre biológico de Vicente sobre el parto en casa de Carolina, se describen los siguientes aspectos del parto fundamentales para analizar:

Fueron dos gritos lentos, sostenidos, que *no provenían del dolor* sino de un cuerpo que *amorosamente* utiliza la mayor energía de la que es capaz para desarmarse. *Ningún hombre* es capaz de hacer eso. (...) El recorrido que va de un parto medicalizado, sometido, asexual y masculino al íntimo, libre y *femenino parto* de ayer es personal y sólo ella puede dar testimonio.(...) Fue un grito de energía, largo, sostenido; un grito de *mamífera pariendo*.¹³² (Las cursivas me pertenecen)

Como este testimonio, en muchas retóricas y narrativas sobre partos existe una igualación entre mujer parturienta y animal mamífero. En la misma línea que Odent,

¹³¹ En *Pensamiento salvaje* (1964) Lévi-Strauss plantea:

El verdadero problema no estriba en saber si el contacto de un pico de pájaro de carpintero cura las enfermedades de los dientes, sino el verdadero problema estriba en saber si es posible que, desde un cierto punto de vista, el pico del pájaro carpintero y el diente del hombre ‘vayan juntos’ (...) y por medio de estos agrupamientos de cosas y de seres, introducir un comienzo de orden en el universo; pues la clasificación, cualquiera que sea, posee una virtud propia por relación a la inexistencia de clasificación (Lévi-Strauss, 1964: 28).

Tomo esta cita ya que el autor introduce el análisis acerca de la exigencia de orden como base de todo el pensamiento humano. Esta universalidad, permite entender que la clasificación humana de los seres y los fenómenos de la naturaleza está basado en un sistema de correspondencias; es decir, operaciones mentales universales que oponen, clasifican, separan, jerarquizan y unen los elementos del mundo con el fin de establecer relaciones entre ellos, ya sean de índole mítica o real. Al utilizar determinados ejemplos etnográficos como el ritual de caza de águilas del grupo étnico Hidatsa, Lévi-Strauss analiza los mitos y los ritos como sistemas lógicos y coherentes donde, aunque los elementos a los que hacen referencia no se repitan, lo común entre ellos es la atribución cultural de relaciones dentro de un sistema de significaciones. Por ejemplo, las oposiciones alto- bajo, sagrado- profano, superior- inferior, (y podríamos sumar en nuestro caso naturaleza- cultura), son principios lógicos que diferentes sistemas totémicos han utilizado. Los términos de las oposiciones no tiene una significación intrínseca, sino que tienen significación de posición y relación respecto del conjunto estudiado, relacionado a la historia y el contexto cultural. Esta atribución cultural de significaciones, posiciones y relaciones, es universal a los seres humanos, se relaciona tanto con el pensamiento mítico como con el pensamiento científico en su afán por darle un orden al mundo empírico (Lévi-Strauss, 1964). Aunque acotada, con esta reflexión intento aproximarme a la idea de la clasificación de determinadas actitudes, posturas y características relacionadas al parto. Al ubicarlas del “lado” de la naturaleza se intenta dar un significado intrínseco, cuando en realidad están en un sistema de posición y relaciones respecto, en este caso, a nuestra historia y contexto cultural occidental de cómo la medicina como institución ha actuado sobre los cuerpos de las mujeres.

¹³² http://www.departeras.com.ar/testimonios_caroyvicente.html. Fecha de consulta: febrero de 2015.

Paciornick al denominar como postura fisiológica el parto en cuclillas, y la forma de parir típica de un grupo étnico como superior a la de Occidente, marca una clara correlación entre superioridad y naturaleza. Teniendo en cuenta que la medicalización vendría a representar la inferioridad, o sea la cultura (de un determinado grupo social) como un aspecto negativo a la hora de parir, resalta que las mujeres indígenas supuestamente más cercanas a su fisiología, vendrían a representar la naturaleza como un valor positivo. Este uso de los conceptos naturaleza y cultura no hace más que reforzar el binomio típicamente occidental, racional y médico, aunque invirtiendo los signos. Estos valores presentes en la mayoría de textos, artículos, cursos de preparación para el parto y referentes alineados con la humanización del parto, remiten a una concepción evolucionista y romántica de la sociedad, donde la historia social y los propios valores culturales desde los cuales se parten son invisibilizados y al mismo tiempo, universalizados. Es más, suena paradójico que la *humanización* del parto tome como valor principal la superioridad de la *naturaleza* para el proceso. Sin embargo, el uso de este término refuerza la idea de un ser humano, pero específicamente de las mujeres para este caso, por fuera de la historia y libres de cultura, donde humanizar en palabras de Tornquist (2002) es casi sinónimo de “animalizar”.

De esta forma, se sugiere una aparente esencia femenina universal que no solo iguala mujeres y maternidad, sino que refuerza el binomio de género hombre- mujer. Como en el testimonio del parto en casa, se atribuyen características esenciales y distintivas a cada género y, aquí está el punto, se hace homogéneo a un grupo que supuestamente comparte una cualidad. Esta forma de pensar las relaciones, invisibiliza la posibilidad de pensarnos diversas por ejemplo siendo mujeres, teniendo diferentes deseos, orientaciones sexuales, cuerpos, actitudes, prácticas (y obstaculizando la posibilidad de cambiar en el tiempo). Estos discursos en relación al parto no hacen más que reproducir valores inmutables, a- históricos y esencialistas, que renuevan mandatos sobre las mujeres, como los de maternidad, heterosexualidad obligatoria (Rich, 1980) y monogamia como destino único.

Volviendo al caso de DCL pareciera que el sentido entonces de “contar con información” que prima para que un parto no sea “entregado a las instituciones”,

como decían en el debate posterior a la obra, será aquél relacionado a una forma específica de entender el parto, a uno que asemeja a las mujeres con un supuesto instinto universal, por fuera de la historia. Resulta interesante entonces que el *empoderamiento* de las mujeres en sus partos pasaría por un “rescate” de la experiencia como decía antes, pero particularmente de la recuperación de saberes que el proceso civilizatorio sometió. Estos saberes están basados en una supuesta condición natural, biológica e instintiva de las mujeres; saberes que apuntan a una idea de universalidad de la naturaleza femenina. Haciendo referencia al instinto, a la esencia y a la naturaleza femeninas, considerados como positivos y que les brindan poder, se crean discursos específicos sobre las relaciones de género, la sexualidad y la capacidad reproductiva, para confrontar los mandatos médicos sobre los cuerpos de las mujeres.

Entonces, ciertas perspectivas ancladas en valores esencialistas de las mujeres como colectivo se plasman sobre la humanización del parto y son reproducidas por las agrupaciones, como los descriptos, que pueden obstaculizar la posibilidad de pensarnos *diversas* como colectivo social.

3.4. Humanización del parto y violencia obstétrica: ¿qué partos merecen ser empoderados?

Desde que comencé mi trabajo de campo en mayo de 2012 hasta febrero de 2015, cuando realicé mi última entrevista, ambas agrupaciones atravesaron cambios de dirección y objetivos de sus actividades, transformaciones grupales, utilizaron diferentes categorías para referirse al parto y fueron interactuando de distinta manera con el movimiento feminista. Estos cambios y transformaciones, me permiten analizar antropológicamente los alcances de género y de clase que las agrupaciones tienen al problematizar socialmente el parto. Es decir, teniendo en cuenta cómo se desarrollan los procesos de construcción (complejos y contradictorios) de las agrupaciones en torno a la humanización del parto, es posible entrever tanto una selección (y omisión) de mujeres con las cuales co- construyen sus actividades, que tienen ciertas características de clase, como un enfoque en torno a la (no) maternidad que puede

reproducir ciertos mandatos *costosos* para las mujeres y el movimiento feminista. Esta selección y enfoque que construyen las agrupaciones me permitieron reflexionar sobre cómo ciertos partos importan más que otros, en tanto y en cuanto, merecen más atención para ser *empoderados*.

Los meses posteriores al viaje inaugural de la agrupación MBA a Entre Ríos en 2010, las integrantes atravesaron algunos problemas en relación tanto a la organización grupal como a las diferencias de perspectiva política basada en las distintas posturas ideológicas que ya mencioné anteriormente, como me explicaba una de ellas:

Cecilia: Empezó a haber como internas dentro de MBA, porque un sector decíamos “abrir, abrir, abrir” porque empezábamos a darnos cuenta que no nos daba... necesitábamos más voluntades, más manos, más cabezas. Ehm y otro sector decía “no, todavía no”. Y fue por eso de “tenemos que abrir”, “que no”, más otras cuestiones que tuvieron que ver con “bueno sí, yo articulo con ésta agrupación”, o “yo no puedo articular ciertas cuestiones con el Estado”. Bueno, cosas muy de base, por las que no pudimos continuar y fue una lástima.

Por un lado entonces, llegaron a puntos de inflexión en relación a cómo continuar con la estructura de la agrupación; si convocar e incluir a más mujeres o mantener el grupo como estaba, teniendo en cuenta a su vez que surgían más propuestas de actividades y no contaban con el tiempo de dedicación para abocarse a ellas. El abrir el juego a otras personas implicaría más posibilidades de llevar a cabo las actividades, pero también más organización grupal. Mientras que cerrar el juego, requeriría de más compromiso y tiempo dedicado a la agrupación que muchas de ellas no disponían por situaciones laborales y familiares. Estas disidencias se potenciaron cuando las propuestas que recibieron implicaron posicionarse ideológicamente frente a ellas. Por ejemplo, como una de las integrantes había comenzado a trabajar en el Consejo Nacional de las Mujeres, y la ley nacional n° 26.485 (que incluye el artículo 6° inciso “e” sobre violencia obstétrica ya citado) recién se había reglamentado, había muchas posibilidades de que MBA estuviera implicada en las actividades propuestas por agentes estatales. Recibieron ofrecimientos para formar parte del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres¹³³, puntualmente para la violencia obstétrica, como puesta en marcha de la ley. Sin embargo, las posibilidades de articular con el Estado

¹³³ Ley nacional n° 26.485, capítulo IV: Observatorio de la Violencia Contra las Mujeres, artículos 12 a 15.

hicieron tensionar y resaltar las diferentes posturas ideológicas de las integrantes de MBA. Fue así que algunas abandonaron el grupo, como la compañera que provenía del anarquismo. Otras, en cambio, lo hicieron porque no podían dedicar más tiempo a las actividades de la agrupación, en un momento clave en el que la participación exigía más compromiso. También, la comisión organizadora del Encuentro Nacional de Mujeres del 2011 les ofreció organizar el primer “Taller de violencia obstétrica”, pero no pudieron abocarse a la actividad ya que para ese momento, eran pocas para llevarla a cabo.

Sin embargo, la iniciativa del taller de “Violencia y adolescencia” a mediados del 2011 que se desarrollaba en la villa 21- 24 del barrio de Barracas, al cual fueron invitadas por la Comisión de Derechos Humanos Villa 21-24 y trabajadoras sociales, activó un rumbo específico en las tareas de MBA:

Luciana: Nosotras estábamos así como cacheteadas por la realidad y cuando llegamos a lo de la trabajadora social eran diez mujeres totalmente organizadas. Estaba por ejemplo la representante de la Comisión de Mujeres de Derechos Humanos, la representante de Adolescencia... muy organizadas. Hicimos dos encuentros, uno ahí en la casa de Ana, y uno adentro del barrio, hablando de qué sucede dentro de un parto, cómo te tienen que atender, que sí, que no, cual es la atención perinatal, que es lo que está pasando sobre todo en los hospitales. Fue ahí, en ese encuentro como que todas nos miramos y dijimos: “faa, es por acá”, “nosotras vamos por acá”.

Luego de una etapa en la que existían incertidumbres por cómo continuar con las actividades de MBA, en la que varias integrantes habían abandonado al grupo, ésta nueva propuesta articuló los objetivos de militancia en relación a la temática del parto de las que permanecieron. Tal es así que las tareas de visibilización y difusión de la temática “en la calle” que en un primer momento fueron el eje por el que giraban los objetivos de la agrupación, quedaron en un segundo plano en esta etapa, para darle lugar al trabajo específico con este barrio y en articulación con la Comisión de Derechos Humanos que las convocaba.

Entre las actividades que realizaron, una de ellas acompañó todo el embarazo de una adolescente de 16 años del barrio, a quien le habían matado a su novio en una pelea. Luciana (acompañada por la madre de la adolescente) estuvo presente con ella en la atención de su embarazo en el hospital, puntualmente en los encuentros con el personal médico donde intentaba frenar el maltrato que recibía la adolescente.

Luciana: Ella estaba totalmente aferrada a ese bebe, era lo único que le quedaba de su amor. Bueno, un viaje acompañar ese embarazo. Ni siquiera (el personal de la salud) la miraban; la maltrataban por tener 16 años y estar embarazada, sumado a que se la pasaban preguntando por el ‘papá del bebé’¹³⁴.

Finalmente, Luciana también acompañó este parto haciendo valer el inciso “g” del artículo 2 ya mencionado, de la ley nacional n° 25.929. Así fue que la relación de MBA con el barrio fue haciéndose cada vez más sólida. Igualmente, mientras llevaban a cabo estas experiencias fueron notando que implicaban muchas dificultades, en términos de tiempos y esfuerzos, para la convocatoria dentro del barrio.

A mediados de agosto del 2013, como actividad previa a los “Encuentros de formación de referentes barriales en maternidad y derechos”, tanto las organizadoras como quienes convocaban, realizaron una jornada de difusión. Para llevarlo a cabo, eligieron un sábado ya que esos días funciona desde muy temprano una gran feria en la calle principal del barrio y hay generalmente mucha circulación de personas. Alrededor de las once de la mañana ubicaron una mesa entre los puestos de la feria con el material de difusión de los Encuentros (afiches y volantes). A su vez, me parece interesante destacar que sumaron a la difusión la realización del ya mencionado Test de violencia obstétrica. Durante las siguientes horas, algunas se mantenían cerca del stand haciendo el test a mujeres de muy distintas edades que pasaban solas o con sus bebés, hijas o hijos, y entregando el material de difusión de las jornadas. Otras, realizaban las mismas tareas pero caminando por distintos lugares de la feria. También estuvieron presentes aquella mañana en la actividad, dos fotógrafos que habían contactado a una integrante de MBA con el objetivo de retratar situaciones relacionadas a la violencia obstétrica para un taller de fotografía particular. Menciono estos hechos ya que aceptar en las actividades gente externa a la agrupación y al barrio¹³⁵, fue el puntapié de nuevos desencuentros al interior de MBA, que crearon un ambiente de tensión y discusiones, cuando comenzaron los Encuentros de Formación a

¹³⁴ Es importante recordar en este punto la explicación del concepto *trato deshumanizado*, presente en el inciso “e” (reglamentado) del artículo 6° de la ley nacional n° 26.485: “Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto (...)”.

¹³⁵ Entre las que yo estaba incluida como investigadora.

principios de septiembre del 2013¹³⁶.

La actividad de “formar doulas dentro del barrio”, en palabras de una de mis entrevistadas, que tuvo el objetivo concreto de que sean las mujeres del mismo barrio las que pudieran tener las herramientas necesarias para acompañarse entre ellas en el momento del parto, merece especial atención en cuanto a los términos utilizados por MBA. Los “Encuentros de formación de referentes barriales en maternidad y derechos”, el nombre que llevó finalmente la formación, comprende una traducción de términos que van del de “doula” al de “referente barrial en maternidad y derechos”. ¿Qué significa esta transposición de términos? Partiendo de que si en la actualidad una mujer desea formarse como doula, debe pagársela, y que para gozar de ciertos beneficios de un abordaje psico- emocional del parto la parturienta debe pagar el servicio y tener el parto en su casa, ¿qué sucede cuando un término que caracteriza ciertas prácticas cargadas de características de clase, se utiliza en otro contexto social? ¿Qué beneficios del trabajo de las doulas logran concretarse en los partos institucionales, dado el modelo tecnocrático de nacimiento que rige actualmente? Como me explicaba una de mis entrevistadas:

Daniela: Era muy difícil evaluar cómo hacer una estrategia (de militancia en relación al parto) pensando en el hospital del barrio. Por eso, para nosotras siempre tuvo que ver con las mujeres del barrio. No demonizando al hospital, tenía que ver más que nada con ellas, *con fortalecerlas, fortalecerlas*. Que se apropiaran de esa información en calidad de derechos. Y que pudieran elegir de acuerdo a sus posibilidades... Porque la otra cuestión que siempre tuvimos que reafirmarla y volver a verbalizarla constantemente era, un derecho es eso, un derecho, no puedes obligar a nadie a hacer algo. Que sepan que pueden elegir en algunas situaciones, porque si no nosotras también estamos imponiendo modelos. Entonces bueno, escapar de eso era un desafío. (Las cursivas me pertenecen)

Existen ciertas características de la humanización del parto que son más difíciles de ser llevadas a la práctica actual de los partos institucionales (ya sean instituciones públicas o privadas), como algunos abordajes psico- emocionales que facilitan las doulas, relacionados a darle lugar a la embarazada a un trabajo de parto respetando el tiempo que ella necesite, desee y exprese, es decir “activando la experiencia” del parto. Sin embargo, la posibilidad de lograrlo siempre dependerá de las características de la institución, de los profesionales de la salud, de los significados en torno a la

¹³⁶ Estos conflictos se resolvieron cuando acordaron que cada integrante de la agrupación podría llevar a la Formación solo una persona externa a la misma y al barrio.

humanización del parto que tengan estos profesionales, y de las mujeres implicadas en el proceso de parto. Si generalmente el trabajo integral de una doula solo es posible en los domicilios, y esta no es una posibilidad concreta para muchas mujeres de la villa 21- 24, MBA transformó el objetivo de su actividad. Su foco estuvo en fortalecer a las mujeres mediante el hecho de acompañarse entre sí a parir y en este sentido “activar la experiencia”, algo que hace una doula y una de las características de la humanización del parto factible dadas las condiciones actuales de los partos clínico-hospitalarios. Así, está definiendo los límites de cómo problematizar el parto, al abocarse a formar “Referentes barriales en maternidad y derechos”, focalizando en aspectos comunitarios de estas referentes, más que en los aspectos profesionales de formar doulas. En este sentido, entiendo que la formación articula ciertos beneficios de clases medias- altas con la realidad específica de un barrio que no accede a ellos, pero dejando afuera otros, como el hecho de trabajar con los profesionales de la salud que dentro del hospital que recibirán tanto a la mujer que va a parir como a la referente barrial.

Así como las integrantes de MBA trabajaron la cuestión de ciertos sentidos de la humanización del parto en un barrio, también DCL se ocupó de la cuestión. Pero mientras las primeras realizaron un trabajo territorial al que podían sumar actividades de difusión de las leyes nacionales vigentes, las segundas se abocaron a la difusión de información vía las nuevas tecnologías al tiempo que se integraron a espacios estatales específicos relacionados con la violencia obstétrica.

En 2012 la agrupación DCL comenzó a recibir en sus redes virtuales relatos de mujeres que fueron violentadas en sus partos. Fue a partir de estas experiencias relatadas por las mujeres, que comenzaron a armar “piezas virtuales”, en palabras de una de mis entrevistadas, como las fotografías con inscripciones como las ya mencionadas o los videos donde tenían como objetivo brindar información sobre las dos leyes nacionales existentes en ocasiones puntuales como la Semana Mundial por el Parto Respetado o el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Es interesante destacar que esta agrupación también hizo un fuerte trabajo en relación al inciso “g” del artículo 2 de la ley nacional n° 25.929, que especifica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección, reclamando

por su reglamentación a través de sus fotografías y spots que circularon por las redes virtuales¹³⁷.

A su vez, las 3 integrantes de la agrupación viajaron en octubre de 2012 al Encuentro Nacional de Mujeres, en Posadas, provincia de Misiones con la idea de proponer la temática del parto en alguno de los talleres.

Laura: (...) porque nosotras fuimos a un taller que era sobre salud sexual y derechos reproductivos, entonces ahí entraban un montón de cosas. Y nosotros metimos el tema (de violencia obstétrica), llevamos un material de difusión (...) O sea pensábamos que (nos iban a dar) cero bolilla y no... ¡hasta quedó en las conclusiones (del taller)!. La idea es abrir un taller sobre este tema el año que viene en el encuentro (...) La publicación después la repartimos en la marcha, y había un montón de gente que cuando se las dábamos nos decían “che, que bueno”, “sí, ¡uy mira!”, como que todo el mundo fue acercándose.

En primer lugar, es interesante destacar la creencia de que en los Encuentros Nacionales de Mujeres la temática no sería problematizada y que, a su vez, no lo había sido antes; teniendo en cuenta que para armar la publicación ya habían contactado a MBA, su diseño tiene un formato muy parecido a la misma, incluye el Test de violencia obstétrica y una nota escrita por las integrantes de MBA¹³⁸. Igualmente, es necesario resaltar el cambio de categorías de parto en casa a violencia obstétrica que la agrupación vivió a través de esta experiencia en el Encuentro Nacional de Mujeres al que asistieron, y el trabajo con mujeres durante ese año. Como me explicaba una de ellas:

Karina: (...) después de haber ido este año al Encuentro de Mujeres, (nuestra idea es) enfocar (las actividades) desde la violencia obstétrica, para que justamente sectores que vos les hablas del parto en casa, que lo asocian a algo hippie, algo caro, entonces para poder entrar desde el discurso desde otro lugar... aparte mucho más inclusivo. Entonces nosotras ahora lo enfocamos desde ahí, que tiene que ver con la ley, con el empoderarse en ese momento tan importante.

Fue así que comenzaron a utilizar el término de “violencia obstétrica” y a dejar de hacer tanta referencia al parto en casa, transición que se fue profundizando en los meses siguientes con las primeras referencias al feminismo. Estas referencias comenzaron a aparecer en el 2013 en un programa radial¹³⁹, que tuvo una frecuencia

¹³⁷ Ver Anexo- Imagen 10.

¹³⁸ Ver Anexo- Imagen 4.

¹³⁹ Luego de cada emisión, los programas eran subidos a la página web de la emisora radial. Realizaron un total de 34 programas en dos temporadas. En la primera temporada tuvo una hora de duración y en

de una vez a la semana desde el mes de septiembre de 2013 finalizando en julio de 2014, a través de Radio Semilla, una radio comunitaria con sede en el IMPA¹⁴⁰. Lemas como “mujer escucha, únete a la lucha”; “saquen sus rosarios de nuestros ovarios”, eran utilizados para el comienzo de cada programa¹⁴¹. Estos cambios en su discurso que se relacionan con sus actividades con mujeres y puntualmente a partir de los “diálogos” con el movimiento feminista, marcaron un rumbo distinto al que venían transitando. En este sentido, un grupo que yo creía que representaba la promoción y difusión del parto en casa cuando comencé mi trabajo de campo, no sólo no lo hacía exclusivamente desde ése enfoque sino que trabajaba desde cierta perspectiva del parto humanizado, y además a partir del regreso del Encuentro Nacional de Mujeres a fines de octubre del 2012, incorporó a su militancia la violencia obstétrica como violencia de género, y cierta retórica feminista en sus discursos a través del programa radial en el 2013.

Siguiendo y profundizando con los objetivos que como agrupación tuvieron desde sus comienzos, particularmente el de difundir información y material sobre embarazo, maternidad y crianza a partir de distintas tecnologías, medios y modalidades, en marzo de 2013 lanzaron una revista digital¹⁴². Publicada en la web bimensualmente, cada número contiene notas a diversas personalidades que van nuevamente desde profesionales hasta personas que cuentan sus experiencias personales, campañas fotográficas con lemas y avisos publicitarios relacionados a las temáticas citadas¹⁴³. La revista es diseñada por la publicista del grupo y las notas en su

la segunda se extendió a dos horas. Los programas se basaron en entrevistas a diversas profesionales, activistas, artistas y emprendedora/es que trabajaran temáticas relacionadas a embarazo, parto, maternidad, paternidad y crianza.

¹⁴⁰ Industrias Metalúrgicas y Plásticas Argentina Cooperativa LTDA, una de las principales fábricas recuperadas del país.

¹⁴¹ En el primer programa que emitieron, el 3 de septiembre de 2013, describieron cómo se conocieron entre las tres integrantes y cómo fueron sus inicios como agrupación. Cuando detallaron el fundamento del nombre elegido, relatan que entre otras cosas fue porque “Casilda Rodríguez Bustos (...) une maternidad y feminismo de una manera creativa, cuando en lo cotidiano son dos polos opuestos”.

¹⁴² Publicaron por el momento nueve números entre marzo de 2013 y noviembre de 2014.

¹⁴³ Como en los programas radiales, en las notas de la revista son recurrentes las referencias a la maternidad como una bisagra en la vida de las mujeres, entendida como “una revolución silenciosa” que debe ser visibilizada, que a su vez, fomenta a la conexión con la “femineidad”; también, se promueven las “crianzas en tribu”, en referencia al sostén que brindan las reuniones entre mujeres en espacios para compartir experiencias comunes de maternidad y crianza. Además de las entrevistas a mujeres sobre sus experiencias de vida, la revista incluye también material sobre salud, emprendimientos económicos hogareños, notas de opinión de referentes profesionales y militantes, etc.

interior realizadas en su mayoría por las otras integrantes. A su vez, la revista ofrece espacios publicitarios que son los que posibilitan un ingreso de dinero a la agrupación. Cuando les consulté cómo hacían para solventar tantas actividades, me contaban lo siguiente:

Laura: También como que nosotras vamos buscando (gente) por ejemplo cuando hicimos los videos, la que filmó era una mujer que venía a nuestros grupos que es documentalista, como que siempre se copó con nuestra propuesta. Siempre va apareciendo gente que se copa con nuestra propuesta y también, donan su laburo, lo hacen por amor a la causa, no porque hay un mango de por medio.

A su vez, de marzo a septiembre del 2013 organizaron los primeros jueves de cada mes los “Grupos de reflexión sobre violencia obstétrica”¹⁴⁴. Con sede en el espacio que alquilaban, fueron gratuitos y contaron con invitada/os que a partir de su exposición abrían el debate con el público. En ellos participaron como exponentes el partero Francisco Saraceno; Perla Prigoshin de la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación¹⁴⁵); algunas integrantes de la Asociación Dando a Luz; psicólogas, abogadas y referentes que estuvieran comprometidas con la temática del parto humanizado, las leyes nacionales y la violencia obstétrica.

A partir de mediados del 2013 comenzaron a participar como agrupación en la CONSAVO (Comisión para la elaboración de sanciones sobre Violencia Obstétrica), dependiente de la CONSAVIG. Según me contaba una de ellas que es quien participa de esta Comisión, existen dos tipos de reuniones de la CONSAVO, una de profesionales y otra de organizaciones civiles, y DCL participó durante el 2013 en ambas. Por un lado, la de profesionales que sucedía cada quince días incluía al INADI, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia de Servicios de Salud, abogados y directores de hospitales. Y en la de agrupaciones que tenía una frecuencia muchísimo menor, participan la Asociación de Parteras Independientes, Dando a Luz, RELACAHUPAN, Familias por el Derecho a Elegir y DCL, entre otras. En estas reuniones se trabajaron los procedimientos para que la CONSAVIG recibiera las denuncias por violencia obstétrica;

¹⁴⁴ Ver Anexo- Imagen 11.

¹⁴⁵ Creada el 21 de febrero de 2011 con el objetivo de formular las sanciones a la violencia de género establecidas por la ley n° 26.485 en sus diferentes tipos y modalidades.

para ello, elaboraron un Instructivo y un modelo de Carta denuncia, disponibles en la página web del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación¹⁴⁶.

Me parece interesante realizar un nuevo acercamiento comparativo en relación a la agrupación MBA basado en la articulación con ciertos espacios estatales. Si en MBA se plantearon oportunidades para trabajar instancias de la ley nº 26.485 y fueron rechazadas por cuestiones ideológicas y de falta de organización, la agrupación DCL con un perfil basado en las profesiones de las integrantes, pudo realizar este tipo de articulaciones en este caso con la CONSAVO dependiente de un Ministerio estatal.

De esta forma, MBA se construyó desde un marco feminista como un grupo que delimita la problematización del parto a través del trabajo particular con mujeres de un barrio emergente, en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Aunque atravesadas por dificultades propias de la dinámica del grupo que vivieron desde la vuelta de aquél viaje inaugural a Entre Ríos, a través del Test de violencia obstétrica y de la “Formación de Referentes Barriales” es posible delinear el sentido que la agrupación le brinda al término “humanización”. La agrupación MBA propone la temática del parto a partir de la representación de las mujeres tanto de las que desean ser madres como de las que no es su intención. Marcando una agenda política por fuera de la interacción con ciertos espacios del Estado, que vele por los derechos (no) reproductivos y sexuales en el marco de los derechos sociales, incluye en sus discursos y actividades de militancia tanto a los partos como el derecho al aborto legal. Esta selección de mujeres con quienes co- construir sus actividades y este enfoque en relación a la (no) maternidad atravesada por el feminismo, demuestran la importancia de *empoderar* a mujeres de clases bajas tanto en sus partos en los hospitales públicos como en sus abortos.

Por otro lado, DCL en sus inicios se formó alrededor de una particular problematización de la maternidad y el parto, teniendo en cuenta la reivindicación de ciertos derechos de las mujeres relacionados a la ampliación de las licencias por maternidad. A partir del trabajo realizado con los “Grupos de embarazadas” y “Grupos de crianza” desde comienzos del 2012, grupos que siempre tuvieron un arancel definido, fueron desarrollando cierta mirada esencialista de las mujeres como madres.

¹⁴⁶ <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx>. Fecha de consulta: febrero de 2015. Ver Anexo- Carta Denuncia.

Aunque en un primer momento, se ubicaron por fuera de “ciertos sectores feministas” como una de ellas me explicaba, luego tomaron algunas de las banderas del movimiento feminista, como las referencias a ciertos lemas y al aborto en su programa radial. Durante estos años, se abocaron a la difusión de información de distintos aspectos de las leyes nacionales n° 25.929 y n° 26.485 a través de las nuevas tecnologías y de las redes virtuales. Mediante este recorrido, fueron enfocándose en la violencia obstétrica más que en el parto en casa; igualmente, esta transformación de sus discursos continuó sosteniendo una mirada de la humanización enfocada en la defensa de los derechos de las mujeres como consumidoras, superpuesta con la búsqueda de una agenda política marcada por los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, como derechos sociales. En este sentido, a mitad del 2013 comienzan a integrar la CONSAVO, un espacio estatal específico relacionado con las denuncias contra la violencia obstétrica. Esta trayectoria de la agrupación permite entender cómo los sentidos brindados a la humanización del parto están en permanente construcción, de acuerdo al trabajo cotidiano con mujeres, mediante los diálogos con los movimientos sociales, en este caso el feminista, y con el Estado. Igualmente el peso que tiene el enfoque de las mujeres como esencialmente madres, permite entender el peso del mandato de la maternidad obligatoria en nuestra sociedad. En este sentido, DCL promociona tanto una mirada del parto que *empodera* a sectores de clases medias que consumen las nuevas tecnologías, como un enfoque que promueve la maternidad como una *esencia* de las mujeres.

Conclusiones

En los últimos años surgieron múltiples grupos que militan por el parto humanizado/respetado y en contra de la violencia obstétrica: la Colectiva Cuerpos con Voz en la provincia de Salta; Mujeres por un Parto Respetado en la provincia de Córdoba; la Asociación Civil Dando a Luz, con sede en Ciudad de Buenos Aires; el Grupo de Parto Alumbrar, de Rosario, Santa Fe; la Agrupación Ñuñu, con sedes en distintas localidades de la provincia de Buenos Aires. Así como también surgieron diversas agrupaciones y equipos de profesionales, específicamente de parteras, puericultoras y doulas, que a partir del modelo de la humanización del parto ofrecen sus servicios de atención y acompañamiento de las mujeres a la hora de parir. De parteras, Tobi Natal, Agrupación de Parteras Independientes, Nacer en Familia, Parir con Parteras, Doulas de Rosario, Asociación Civil Argentina de Puericultura, son algunos ejemplos de estos equipos de profesionales. La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, RELACAHUPAN, desde principios del 2000 nuclea a muchas de estas agrupaciones y equipos, así como organiza todos los años, en la tercera semana del mes de mayo, la Semana Mundial por el Parto Respetado en nuestro país. Desde los comienzos de ésta década, los diversos actores nombrados fueron creando una “comunidad virtual” que se reúne diariamente a través de las redes sociales y los listados electrónicos. De esta forma, basados en el ideario de la humanización, mujeres usuarias, agrupaciones, agentes estatales, feministas, profesionales de la salud, terapeutas alternativos, ONG’s, usuarias de redes virtuales, entre otros se relacionan y politizan los partos, la violencia y la maternidad.

Lejos de ser uniforme, esta politización de temáticas que en el pasado (reciente) se creían de la vida privada de las mujeres, es puesta en práctica desde distintas conceptualizaciones que entran en disputa por un espacio político a ser ocupado. Sin embargo, se inscriben en una genealogía particular, en una historia de luchas que podríamos rastrear hasta los inicios del feminismo. De aquí que en el primer capítulo me haya ocupado de analizar cómo el movimiento feminista a través

de múltiples formas de denuncias tales como elaboraciones teóricas y acciones concretas, fue construyendo nuevos marcos de referencia para interpretar ciertos hechos de la realidad como desiguales y violentos para las mujeres, y proclamando autonomía para ellas. Este recorrido me permitió entender cómo organizaciones de la sociedad civil, entre ellas feministas, y otros actores construyeron sentidos de denuncia que luego se plasmaron en dos leyes específicas (leyes nacionales n° 25.929 y n° 26.485, artículo 6 inciso “e”).

Estas narrativas sociales acerca de los derechos de las mujeres y de la violencia de género, tienen de trasfondo la discusión política por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Si partimos del hecho de que los derechos son el resultado de las luchas por su consolidación y que las leyes son las que garantizan los derechos, es fundamental entonces preguntarnos *cuándo, dónde y cómo* se garantizan los derechos, *qué* derechos, y sobre todo *quiénes* están siendo privado/as de derechos. Estamos hablando de *a qué personas o grupos* se debe proteger ya que en general estos derechos surgen una vez reconocida la vulneración o falta de respeto a su integridad, en relación al resto de las personas o grupos de una sociedad. Es decir, en el caso de la asistencia a los partos, el derecho al parto humanizado es el resultado de los reclamos y de la lucha de determinadas mujeres, de agrupaciones y de activistas del movimiento feminista en los últimos quince años en nuestro país. Este proceso que activó la discusión por los *derechos a decidir sobre el propio cuerpo* en relación al parto, fue el que llevó a la consolidación de las leyes nacionales ya nombradas. Ahora bien, se trata entonces de cómo las agrupaciones y los sujetos pueden ir consolidando, cuestionando y ampliando los márgenes propuestos por las leyes. Se trata puntualmente de identificar qué sujetos, en este caso qué mujeres o grupos de mujeres, están siendo privadas de derechos y/o se debe proteger. Si bien ambas leyes nacionales relacionadas al parto proponen garantizar los derechos de las mujeres como colectivo social, el acceso a los mismos será distinto en función de las diversas situaciones cotidianas que viven las mujeres, por ejemplo su posición de clase. Cabe entonces preguntarnos qué sectores de mujeres tienen mayores posibilidades de acceder a sus derechos, cuáles son más vulnerables, y cómo se implementan acciones que tiendan a achicar la brecha en el acceso a estos derechos. Así pues, mi interés

estuvo en analizar cómo distintas organizaciones promueven la constitución de las mujeres como sujetos de derechos.

De esta forma, más allá de que en general los derechos son reconocidos y avalados jurídicamente, es necesario sostenerlos, exigirlos, promoverlos y *militarlos*. Por eso, como señalé al comienzo de este trabajo, si bien los relatos individuales de las experiencias de parto de las mujeres podían constituir un campo interesante para pensar las formas de vivir la violencia obstétrica y las posibilidades de agenciar un parto humanizado, mi interés siempre giró en torno a las formas colectivas de afrontar la temática. Mi foco entonces estuvo en trabajar etnográficamente con agrupaciones que promovieran y/o militaran el parto humanizado o criticaran la violencia obstétrica, para entender cómo hacen estas agrupaciones para construir campos de acción donde articular con *quienes* están siendo privadas de derechos. De esta forma, una de mis preguntas principales en esta tesis fue cómo operan las distintas retóricas sobre el parto en un contexto de distintos accesos a los derechos sociales; es decir dado un contexto de desigualdades sociales, me propuse entender los alcances sociales -en términos de clase- que las agrupaciones tienen al promocionar o militar el parto humanizado. El desafío que se me presentó como antropóloga fue poder pensar determinados *derechos a decidir sobre el propio cuerpo*, en este caso en relación al parto y, como veremos más adelante en relación al aborto, en términos de distintos accesos a los mismos.

Así, fui construyendo un campo a partir de las relaciones que establecí con dos agrupaciones que promueven la humanización del parto. Por un lado, MBA se me impuso como interlocutora necesaria en esta investigación, ya que, de algún modo, ella me encontró a mí a través de su militancia en aquel Encuentro Nacional de Mujeres en Paraná, Entre Ríos. Por otro lado, a la agrupación DCL las busqué especialmente. Habiendo conocido en primer lugar a MBA, estimé que sería interesante buscar otra agrupación cuyas conceptualizaciones y acciones fuesen diferentes para poder complejizar, así, la temática.

Al trabajar etnográficamente con estas dos agrupaciones que militan y/o promueven distintos enfoques de la humanización del parto en nuestro país intenté

realizar una lectura antropológica de la problematización social de los partos de las mujeres. Teniendo en cuenta las retóricas y las acciones políticas concretas de estas agrupaciones, analicé la traducción del “lo personal es político”, propio del movimiento feminista, al “parirás con placer” como acto político de ciertas mujeres. En este sentido, y para enmarcar los desarrollos que desembocaron en las narrativas sobre la humanización, realicé un recorrido histórico sobre la construcción de un imaginario negativo tanto de los cuerpos de las mujeres como específicamente de sus partos; así como la posterior resignificación de este imaginario social, en donde algunos actores plantearon “activar la experiencia” del parto. Ciertas ideas de esta resignificación del parto se agrupan en un ideario del parto humanizado, que apunta a “rescatar” la experiencia del parto de las mujeres que el modelo tecnocrático de nacimiento sometió. Sin embargo, como ya planteé, la retórica sobre la humanización del parto no es monolítica ni uniforme, antes bien, es creada, re-creada, apropiada y disputada por distintos actores, agentes y agrupaciones que resaltan diferentes aspectos de la asistencia humanizada de los partos.

En nuestro país, las categorías parto humanizado, parto en casa y violencia obstétrica actualmente están inscriptas en una retórica particular que genera rupturas de sentido en la vida social, donde ciertas prácticas naturalizadas en relación al parto son convertidas en problemas sociales. Cada una de estas categorías es apropiada y utilizada por los distintos actores y agrupaciones, para delimitar una forma específica de problematizar el parto y para reivindicar determinados derechos con alcances sociales específicos. Mi interés estuvo entonces en analizar, a través de mis dos referentes empíricos, las diferentes formas de politizar una misma temática como el parto.

Estas formas de politizar el parto como evento social muchas veces incluyen una yuxtaposición de términos como “parto humanizado” y “violencia obstétrica”, o también una elección por parte de las agrupaciones de los términos a utilizar dependiendo de a quiénes se dirigen, con quiénes articulan o del momento político en el que se inscriben sus actividades. En este sentido, fue muy interesante analizar cómo las mismas agrupaciones fueron politizando el parto de manera cambiante en el tiempo. Estos cambios en las retóricas utilizadas, por ejemplo en la agrupación DCL el

pasaje del reconocimiento de los derechos a la identificación de la violencia obstétrica como violencia de género, muestra una tensión en el lenguaje. Si la violencia obstétrica es “el camino para hablar del parto”, como una de mis entrevistadas me comentaba, cabe entonces preguntarnos si el lenguaje de la violencia retroalimenta la victimización de las mujeres, si sirve solo como prevención y/o si es una puerta para promover experiencias *encarnadas* que activan la reflexión y la posterior militancia sobre el tema.

Es más, una de mis preguntas principales giró en torno a cómo se conjugan estas retóricas y términos relacionados al parto dado nuestro contexto nacional de inexistencia de una ley que garantice el aborto legal, seguro y gratuito. Definitivamente este tipo de debates en relación a los derechos a decidir sobre el propio cuerpo pueden ser integrales, incluyendo la promoción de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. Sin embargo, el peso del mandato de la maternidad obligatoria para las mujeres es tan poderoso que muchas veces promocionar los derechos en el parto es visto como contrapuesto a la militancia por el aborto legal. En este sentido, el análisis sobre la promoción de los derechos del parto me dio pistas sobre la negación del aborto y sobre ciertos mandatos sobre los cuerpos de las mujeres. A través de los procesos de construcción en torno a la humanización del parto de las agrupaciones, logré entrever un enfoque en torno a la (no) maternidad que puede reproducir ciertos mandatos *costosos* para las mujeres y el movimiento feminista. Algunas retóricas que reducen a las mujeres a un instinto que sabe cómo parir, no hacen más que asignarlas con *deberes ser y hacer*, de mandatos sobre los que además de sus embarazos se las carga con responsabilidades morales sobre el futuro de la sociedad. Pareciera entonces que es más sencillo contar con la anuencia de la opinión pública, y por lo tanto más factible, legislar sobre ciertos derechos de las mujeres relacionados con su *devenir* madre, en este caso relacionados a sus partos, que legislar sobre el derecho al aborto¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Aunque esta sencillez no se aplica a la implementación de las leyes nacionales sobre parto, partiendo de que la ley n° 25.929 luego de 11 años ni siquiera está reglamentada, y que, respecto a la implementación de la ley n° 26.485, artículo 6 inciso “e”, recién se están armando los procedimientos de sanción a partir de las denuncias que llegaron en los últimos años.

Recapitulando, reflexioné entonces cómo se plasman las distintas retóricas sobre el parto de las dos agrupaciones con las que trabajé, en el actual contexto de desigualdades sociales y de un claro mandato de maternidad obligatoria. Comprendí en primer lugar que las narrativas de los sujetos sociales son las que permiten generar rupturas de sentido en la vida social. Así, si la problematización del parto continúa reforzando y reproduciendo un estereotipo de mujer basado en el *devenir madre heterosexual y monogámica*¹⁴⁸, las posibilidades de discutir por ejemplo sobre el aborto serán menores, y mayor será el mandato sobre los cuerpos de las mujeres. Y, además, teniendo en cuenta que el acceso al *derecho a decidir sobre el propio cuerpo* es desigual, ciertas retóricas y acciones de las agrupaciones pueden aumentar o disminuir esta brecha en el acceso dependiendo de los alcances de clase que tengan. Por ejemplo, los alcances serán distintos dependiendo si las actividades de las agrupaciones están mayoritariamente focalizadas en promover el parto humanizado a través de la difusión de información vía las nuevas tecnologías, si lo hacen a través del trabajo “en territorio” o si lo hacen de ambas formas.

Por eso, a través de este trabajo entendí que la humanización del parto puede ser una puerta de entrada para encarar políticas feministas que agrupen diversas luchas por los derechos de las mujeres incluyendo los sexuales, los reproductivos y en especial los no reproductivos; es decir, representando la diversidad de formas de ser mujeres, problematizando la heterosexualidad obligatoria y los modelos de familia únicos. Es más, partiendo de un claro sistema de desigualdades sociales que hace que no todas las personas accedan de igual forma a los bienes de consumo y a la garantía de los derechos sociales, ciertos enfoques de la humanización del parto pueden

¹⁴⁸ Aunque excede los límites de esta tesis, el trabajo de campo etnográfico con estas dos agrupaciones me permitió explorar ciertas características de la heterosexualidad y la monogamia en los mandatos de maternidad obligatoria que se conjugan en las narrativas de la humanización del parto. Por ejemplo, la ausencia de visibilidad de la maternidad lésbica. Sólo en una charla debate de DCL, una lesbiana que había sido madre fue invitada al panel de “Mujeres movilizadas”; igualmente todo su discurso estuvo focalizado en cómo el “instinto de ser madre se activó” al decidir quedar embarazada, hecho que la “hizo conectarse con su propia femineidad” (Notas de campo, agrupación DCL, 25/10/2013). A su vez, algunos lineamientos del modelo humanizado de parto ligados al parto en casa tienden a reproducir modelos ideales de familia heterosexual occidental, madre, padre e hija/os, viviendo bajo el mismo techo. Por otro lado, entiendo que la agrupación MBA al proponer en sus “Encuentros de formación de referentes barriales” en la Villa 21- 24, formar mujeres del barrio para acompañar los partos de sus vecinas, amigas, familiares, o compañeras de militancia, está rompiendo con la tradicional representación de la figura del acompañante del parto hombre, pareja heterosexual de la parturienta.

favorecer alcances más universales y de inclusión social, produciendo efectos en los ámbitos donde las agrupaciones realizan sus actividades. Por ejemplo, la agrupación MBA a través del Test de violencia obstétrica y de los “Encuentros de formación de referentes barriales” llevados a cabo en la Villa 21- 24 de Barracas, propone la temática del parto a partir de la representación de las mujeres tanto de las que desean ser madres como de las que no es su intención. De esta forma, es posible delinear el sentido que la agrupación le brinda al término “humanización”, marcando una agenda política que vele por los derechos (no) reproductivos y sexuales en el marco de los derechos sociales, donde incluyen en sus discursos y actividades de militancia tanto a los partos en los hospitales públicos como el derecho al aborto legal.

Con este trabajo intenté entonces dar cuenta de cómo la selección del enfoque específico que construye cada agrupación en relación a la humanización, dimensiona cuáles son los partos que importan más que otros, en tanto y en cuanto, merecen más atención para ser *empoderados*. A partir de esta selección, se construyen militancias distintas que apuntan a colectivos diferentes de mujeres, desde los cuales dialogan, reproducen y tensionan ciertos mandatos de las mujeres y la (no) maternidad. Sin embargo, comparten la convicción de que todas, independientemente de la clase, la etnia o la edad, estamos expuestas a diferentes violencias. Ahora bien, las formas de experimentar estas violencias o de acceder a los derechos garantizados del parto humanizado no pueden pensarse aislados de los constreñimientos impuestos por una sociedad desigual.

Si bien excede los objetivos que me he planteado para esta tesis, quisiera aquí - y para finalizar- hacer una breve reflexión respecto del proyecto de ley que restringe el trabajo de las parteras al ámbito institucional y que ha sido presentado reiteradas veces desde mediados del año 2012. Los debates suscitados alrededor de este proyecto ejemplifican las tensiones entre algunas de las conceptualizaciones políticas que le caben al parto humanizado. El rol que tienen las parteras en el actual escenario del modelo tecnocrático de nacimiento y el hecho de ser quienes atienden los partos domiciliarios, refleja la *puja* entre la atención pública (institucional) y la privada (domiciliaria) de los partos. Cabe recordar que si bien el parto humanizado no es sinónimo de parto domiciliario, algunas agrupaciones reivindican el derecho a parir en

casa como parte del modelo de la humanización del parto. Los múltiples intentos por restringir la labor de las parteras, las diversas iniciativas de organizaciones y mujeres por defender su trabajo en los domicilios y, al mismo tiempo, el hecho de que el Ministerio de Salud de la Nación establezca que los partos domiciliarios son “no respetados (no humanizados)”¹⁴⁹ -ya sea por la falta de atención médica especializada que el Ministerio le adjudica a la práctica, por las posibilidades de falseamiento en la inscripción filiatoria de los recién nacidos, u otras razones-, dimensionan el peso político nacional que tiene la disputa por el control y el saber en la atención de los partos.

¿Qué es lo que se busca desde el Ministerio al proclamar que solo los partos institucionales pueden ser humanizados? ¿Por qué no puede cualquier parto (considerado “normal o de bajo riesgo”) suceder en el domicilio? Si actualmente en –la mayoría de- las instituciones no se cumple con las leyes nacionales referidas al parto, ¿por qué dotar de ilegalidad –a través de la restricción laboral de las parteras- y de un valor negativo –a través de adjudicarle que es no humanizado/ respetado- al hecho de que algunas mujeres que pueden solventarlo económicamente elijan “la casa” para parir, como forma humanizada de parir? Aunque estas últimas preguntas excedan los límites de mi tesis, nos permiten reflexionar sobre la relación entre el Estado, las políticas sociales, el consumo de servicios y la reivindicación de los derechos de las mujeres como derechos sociales por parte de las agrupaciones con las que trabajé. Estoy convencida de que toda persona tiene el derecho a desear tener un parto con determinadas características psico- emocionales, por lo que debe ser un punto sobre el cual militar y promover la información necesaria; así como el aborto y la posibilidades de no- maternidad deben estar al alcance de cualquier mujer más allá de su clase social. Sin embargo, en nuestra sociedad neo- liberal y de economía capitalista, la salud también está mercantilizada como tantos otros servicios sociales. Por eso estos derechos (a un parto con determinadas características psico- emocionales, al aborto, a la no- maternidad, entre otros) no están *dados* en la realidad, no son una simple cuestión de *elección* individual como reivindican los discursos que fomenta el mercado de consumos. Los factores materiales (entre otros) hacen que muchas veces estos

¹⁴⁹ http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=405&Itemid=224. Fecha de consulta: febrero de 2015.

deseos de tener un parto con características específicas (por ejemplo psico-emocionales, o “en casa”) no puedan ser logrados por *cualquier* persona. Es el Estado (pensado de forma amplia) entonces, en conjunto con otros actores sociales, quien debe intervenir ante esta desigualdad social en el acceso a determinados *derechos a decidir sobre el propio cuerpo* que impone el mercado. En primer lugar es en los hospitales públicos, instituciones donde *cualquier* persona recibe asistencia en nuestro país y donde –en la mayoría de los casos- no se están cumpliendo las leyes nacionales referidas al parto, donde diversos actores sociales deben focalizar los mayores esfuerzos para que el ideario de la humanización del parto pueda plasmarse. Ahora bien, si este ideario se pone en práctica a través de los diversos usos políticos que actores sociales y sectores le dan al término “humanización”, no es cualquier sentido de humanización siguiendo a Diniz (2005) el que propongo. Es un sentido específico a través del cual las acciones dentro del hospital deberán ser planteadas en términos de defensa y reivindicación de los derechos de las mujeres, marcados por una agenda política basada en la integralidad de los *derechos a decidir sobre el propio cuerpo*, incluyendo la promoción de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Sería interesante entonces ahondar en el futuro qué significados tienen los partos humanizados específicamente en mujeres de distintas clases sociales, si es que los visualizan como un deseo y en qué sentidos, qué representan en sus vidas, cuáles son los medios para lograrlo; así como analizar la relación entre estas dimensiones del *derecho a decidir sobre el propio cuerpo* con otras como la no- maternidad, la posibilidad de vivir plenamente tanto las distintas identidades sexuales como las relaciones sexuales más allá de la monogamia; es decir, reflexionar sobre cómo podemos pensarnos diversas siendo *mujeres*.

Anexo

Imagen 1



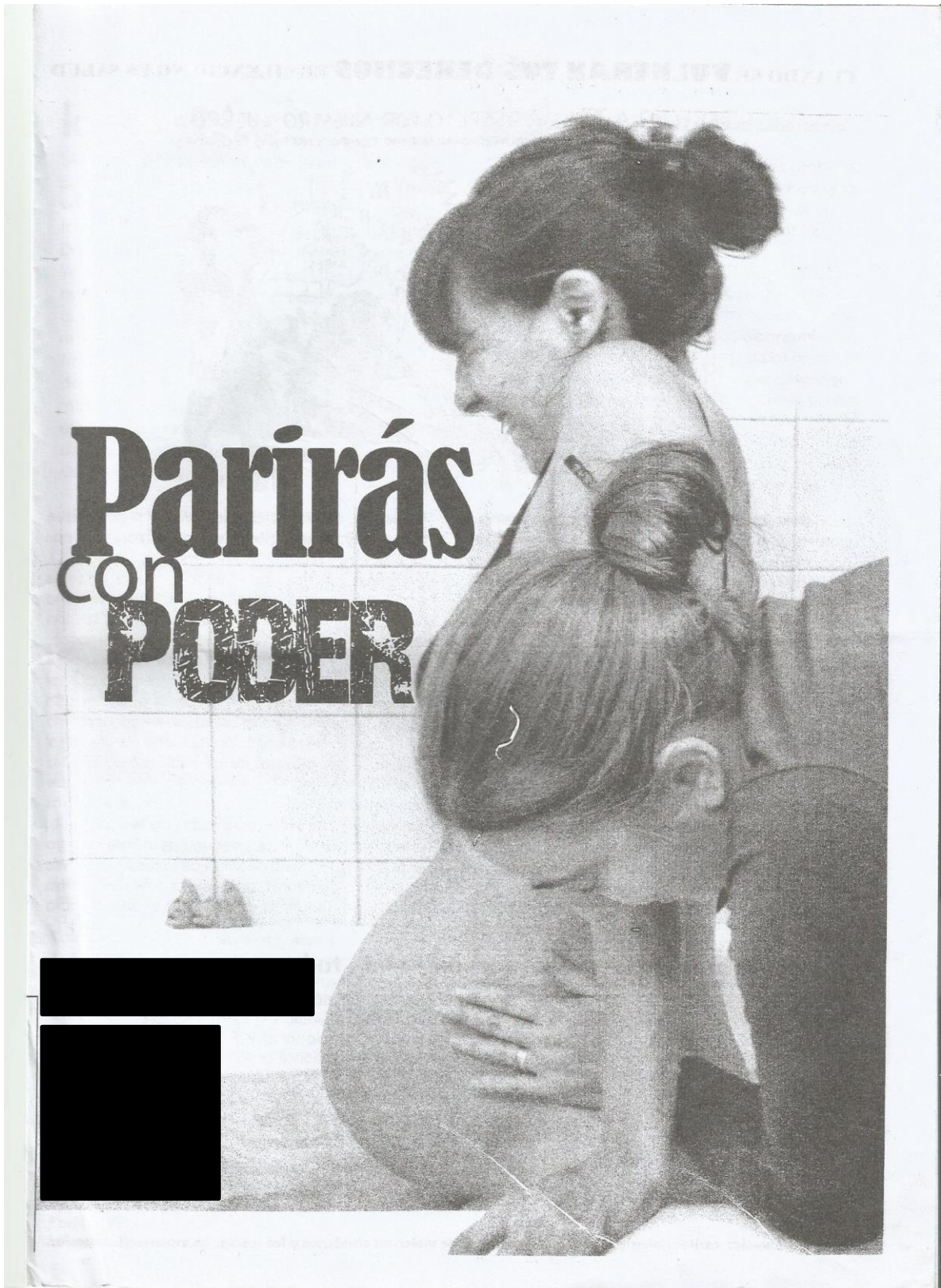


**Mientras me hacían la cesárea
"Nena no tenés un gramo
DE GRASA ADENTRO,
todos deben seducirte
HALAGÁNDOTE EL CULO".**

Tamara

Ojalá que pronto “Silencio, mujer pariendo, bebé naciendo” deje de ser un lema
Y PASE A SER UNA REALIDAD.
Semana Mundial del Parto Respetado 2013.

Imagen 4



Imágenes 5 y 6



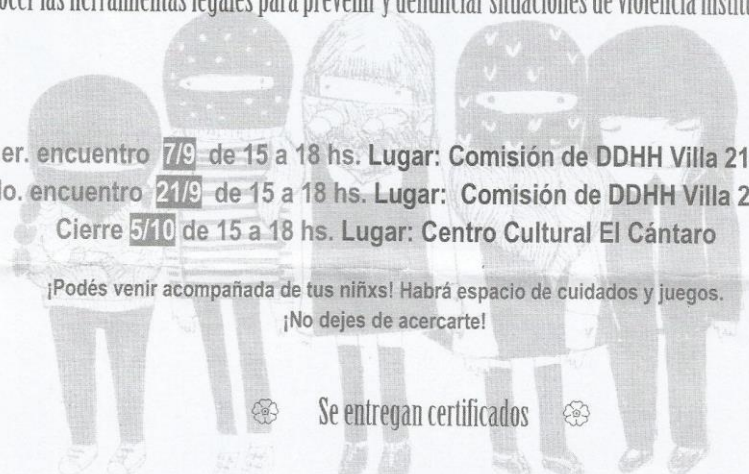
Imagen 7

Te invitamos a los

ENCUENTROS DE FORMACION DE REFERENTES BARRIALES EN MATERNIDAD Y DERECHOS

Para:

- Barrer con los mitos y miedos sobre embarazo, parto y posparto
- Acompañar a tus vecinas, amigas, hijas o hermanas en el trabajo de parto
- Conocer las herramientas legales para prevenir y denunciar situaciones de violencia institucional



1er. encuentro **7/9** de 15 a 18 hs. Lugar: Comisión de DDHH Villa 21-24
2do. encuentro **21/9** de 15 a 18 hs. Lugar: Comisión de DDHH Villa 21-24
Cierre **5/10** de 15 a 18 hs. Lugar: Centro Cultural El Cántaro

¡Podés venir acompañada de tus niñxs! Habrá espacio de cuidados y juegos.
¡No dejes de acercarte!

Se entregan certificados

Organizaciones a cargo de la formación:

[Redacted]

Convocan:

Comisión de Derechos Humanos Villa 21-24 - Grupo de Mujeres Villa 21-24
Espacio Creativo Musical Orilleros

Teléfonos [Redacted]

Imagen 8



Imagen 9



Imagen 10

**Parir acompañadas
es UN DERECHO,
pero no UNA POSIBILIDAD.**

EN MUCHAS INSTITUCIONES LAS MUJERES PARIMOS SOLAS, A PESAR DE QUE LA LEY 25.929 MARCA LO CONTRARIO
REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 25.929 YA!

Imagen 11

**GRUPO de reflexión
GRATUITO
sobre VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Los PRIMEROS JUEVES de cada mes.
En cada encuentro nos acompañará un/a INVITAD@ DISTINT@.

PRIMER ENCUENTRO
Jueves 7 de Marzo a las 19:00 hs
en 14 de julio 426, Chacarita.
Invitada: Lic. Fernanda Kluguer.

Anotarse enviando mail a [REDACTED]

**SEGUIMOS TRABAJANDO
PARA SACARLOS
DE LAS VENDAS**

Carta Denuncia- Disponible en la página web del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (fecha de consulta: febrero de 2015)

....., de..... de 20...

Al Sr. Defensor del Pueblo de la Nación,
Suipacha 365,
C1008AAG, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por medio de la presente, yo,....., con DNI N° y domiciliada en, vengo, en virtud del derecho que me otorga la Ley N° 26.485 de “Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales” a **poner en su conocimiento y denunciar los hechos de violencia perpetrada hacia mi persona** el día en la instituciónubicada en

En tal oportunidad, sucedió lo que a continuación detallo:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Estoy convencida que los sucesos narrados constituyen actos de violencia obstétrica y por tal motivo solicito su pronta intervención.

Sin otro particular, lo saluda atentamente,

Firma:
Aclaración:
DNI:
Dirección de contacto:
Teléfono de contacto:
Dirección de mail:
Solicito que mi identidad se mantenga en reserva: SÍ / NO

Referencias bibliográficas

Achilli, E. (2000). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transitar un oficio*. Rosario: Laborde.

Anzorena, C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado: Una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: Ediunc.

Anzorena, C. (2014). Aportes conceptuales y prácticos de los feminismos para el estudio del Estado y las políticas públicas. *Revista de Trabajo Social Plaza Pública*, (11), 17-41.

Anzorena, C. y Yañez, S. (2013a). ¿Qué cuenta como “salud materna”? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio. En *Panel Sexualidad y Reproducción derechos humanos, calidad, acceso y financiación*, 2º Consulta Regional “Los vínculos entre la Justicia Económica, Ecológica y de Género en América Latina”, Montevideo, Uruguay.

Anzorena, C. y Yañez, S. (2013b). Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la “no-maternidad”. *Investigaciones Feministas*, 4, 221-239.

Beauvoir, S. de (1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.

Ben, P. (2000). Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina. En *Historia de las mujeres en Argentina. Colonia y siglo XIX* (pp. 253-267). Buenos Aires: Taurus.

Blázquez Rodríguez, M. (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1- 22.

Bourdieu, P. (1983). *Campo del poder y campo intelectual*. Buenos Aires: Folios Ediciones.

Bourdieu, P. (2008). *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Browner, C. and Sargent, C. (1990). Anthropology and Studies of Human Reproduction. In *Medical Anthropology: A Handbook of Theory & Research* (pp. 219-234). Westport, CT: Greenwood Press.

Calveiro, P. (1998). *Poder y desaparición: los campos de concentración en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Colihue SRL.

Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita.

Carneiro, R. G. (2008). Outra figura-relação de maternidade, parto e feminismo. En *Seminário Internacional Fazendo Gênero Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis, Brasil.

Carroli G. y Belizán J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3. Recuperada de: <http://www.update-software.com>.

Chiarotti, S., García Jurado, M., Aucía, A. y Arminchiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos*. Santa Fe: INSGENAR y CLADEM.

Ciriza, A. (2007). Diferencias entre los sexos. Sobre las consecuencias sociales y culturales. *Revista CAJA de la Salud Mendoza*, 4, 8-9.

Correa, A. (2000) Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX. En *Historia de las mujeres en Argentina. Colonia y siglo XIX* (pp. 193-213). Buenos Aires: Taurus.

Cosse, I. (2010). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta. Una revolución discreta en Buenos Aires*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Csordas, T. (1993). Somatic modes of attention. *Cultural Anthropology*, 8 (2), 135-156.

Daich, D. (2010). Narrativas sobre la violencia doméstica. En *Familias, conflictos y justicia* (pp. 42-55). Tesis doctoral. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Daich, D., Pita, M.V. y Sirimarco, M. (2007). Configuración de territorios de violencia y control policial: corporalidades, emociones y relaciones sociales. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), 71- 88.

Davis- Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. In *Feminist theory in the study of folklore* (pp. 297-326). University of Illinois Press.

Davis- Floyd, R. (1994). The rituals of American hospital birth. In *Conformity and conflict: readings in cultural anthropology* (pp. 323-340). New York: Harper-Collins.

Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.

De Barbieri, T. (2004). Acerca de las propuestas metodológicas feministas. En *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 103-139). México: PUEG- UAM.

De Miguel Álvarez, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación: el caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología*, 61 (35), 127-150.

De Miguel Álvarez, A. y Boix, M. (2005). Los géneros de la red: los ciberfeminismos. *Mujeres en red*. Recuperado de: <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/ciberfeminismo-demiguelboix>

Diniz, C. S. G. (1997). *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.

- Diniz, C. S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, 10 (3), 627-637.
- Domínguez Mon, A. (2011). Derechos a la salud de las embarazadas con vih-sida en la Argentina de los noventa. En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 179-197). Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Felitti, K. (2009). Parirás sin dolor: discursos y experiencias de la psicoprofilaxis obstétrica en la Argentina de los años '60 y '70. *Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Felitti, K. (2010). Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986). *Estudios Sociológicos*, 23 (84), 791-812.
- Felitti, K. (coord.) (2011). *Madre no hay una sola: experiencias de maternidad en Argentina*. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad-CICCUS.
- Fernández, A. M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Madrid: Kairos.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En *I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: debates y prácticas en torno a violencias de género*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Fornes, V. (2011). Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 133-154). Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad I: la voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- García Negroni, M. M. y Pégola, L. S. (2004). *El arte de escribir bien en español: manual de corrección de estilo*. Buenos Aires: Santiago Arcos.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Heller, A. (1977) *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península.

- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Fourth Ed. Prospect Heights, Waveland Press.
- Klaus, M., Kennell J. and Klaus, P. (1993). *Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. New York: Perseus Book.
- Laraña, E. y Gusfield, J. (eds.) (2001). *Los nuevos movimientos sociales*. Madrid: CIS.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lonzi, C. (1978). *Escupamos sobre Hegel y otros escritos sobre liberación femenina*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Magnone-Alemán, N. (2010) Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización. En *IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*, Montevideo, Uruguay.
- Merino L. y Fornes, V. (2008). *Gestar y parir espacios de género. Un abordaje cultural sobre la palabra, la experiencia y el poder en los modelos de parto*. Trabajo final del curso de posgrado. Construcción de proyectos en Ciencias Sociales. Investigación cualitativa, acción social y gestión cultural. Buenos Aires: CAICYT- CONICET.
- Molyneux, M. (1994). *Movimientos de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado*. Madrid: Cátedra.
- Nari, M. M. (1996). Abrir los ojos, abrir la cabeza: el feminismo en la Argentina de los años 70'. *Feminaria*, 9 (17/18), 15-21.
- Nari, M. M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2004). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Núñez Puente, S. (2011) Activismo y colectivos en red: praxis feminista on-line y violencia de género. *ASPARKIA*, (22), 85-98.
- Oackley, A. (1986) *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Bernstein.
- Odent, M. (2008). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. España: Editorial ObStare.
- Pagola, L. (2010). Sensibilización tecnológica: mujeres construyendo la sociedad del conocimiento. En *Las palabras tienen sexo II. Herramientas para un periodismo de género* (pp. 73-91). Buenos Aires: Artemisa Comunicación Ediciones.
- Rapp, R. (2000) *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge

- Regueiro, S. (2008). Inscripciones como hijos propios: construcción de identidad y parentesco de niños desaparecidos. *IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Misiones, Misiones, Argentina.
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of women in culture and society*, 5 (4), 631-660.
- Romalis, S. (1981) *Childbirth: Alternative To Medical Control*. Austin: University of Texas Press.
- Rothman, B. (1982) *In labor, Women and Power in the birthplace*. Londres: Junction Books.
- Rothman, B. (1986) *The tentative pregnancy*. New York: Viking/ Penguin.
- Rowbotham, S. (1977). *Mundo de hombre, conciencia de mujer*. Madrid: Editorial Debate.
- Sadler, M. (2001). El nacimiento como acontecimiento médico. *Werkén*, (2), 113-124.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. En *Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género* (pp. 15-66). Santiago de Chile: Catalonia.
- Salem, T. (1987a). *Sobre o Casal Grávido: Incursão em um Universo Ético*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Salem, T. (1987b). O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional*, (40), 1-27.
- Salgueiro, A. M. (1998). Referentes para el estudio de la cotidianidad desde una perspectiva etnográfica. En *Saber docente y práctica educativa* (pp. 25-60). Barcelona: Octaedro.
- Sargent, C. and Stark, N. (1989) Childbirth Education and Childbirth Model: Parental Perspectives on Control, Anaesthesia and Technological Intervention in the Birth Process. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (1), 36-51.
- Silin, J. (2010). De mujeres, matronas, doulas y partos. *II Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres*. Recuperado de: http://www.revistacodice.es/publi_virtuales/ii_congreso_mujeres/comunicaciones/JESSICASILIN.pdf
- Tarducci, M. (organizadora) (2008). *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Tarducci, M. (2012). El feminismo de los primeros años de la democracia. *Brujas*, año 31 (38).

Tarducci, M. y Rifkin, D. (2010). Fragmentos de historia del Feminismo en Argentina. En *Las palabras tienen sexo II. Herramientas para un periodismo de género* (pp. 17-39). Buenos Aires: Artemisa Comunicación Ediciones.

Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10 (2), 483-492.

Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 419-427.

Tornquist, C. S. (2004). *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doctorado em Antropologia Social. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Tornquist, C. S. y Spinelli, C. S. (2010). Um jeito soviético de dar a luz: o parto sem dor no sul da América do Sul. *História Oral*, 12, 129-156.

Trebisacce, C. (2014). Revoluciones simbólicas y de militancia en las feministas porteñas de los setenta. En *Feminismo, Lesbianismo y Maternidad en Argentina* (pp. 7-35). Buenos Aires: Feminaria.

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología*. España: Siglo XXI de España Editores.

Turner, V. W. (1969). *El Proceso Ritual*. Madrid: Taurus.

Valdés, L. y Morlans H. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (2), 108-112.

Wagner, M. (2002). El nacimiento en el próximo milenio. *1º Congreso Internacional de parto y nacimiento en casa*, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

Documentos

Ley Nacional N°25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer por parte del Senado de la Nación. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 17 de septiembre de 2004. Recuperada de: <http://www.cnm.gov.ar/>

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. Art. 6, inc. e) Violencia obstétrica. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 1º de abril de 2009. Recuperada de: <http://www.cnm.gov.ar/>

Organización Mundial de la Salud (1985). Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. *Lancet*, 2, 436-437.