

EL PARTO ES NUESTRO. Abordando la singularidad del nacimiento

En este trabajo hemos decidido realizar un análisis sobre la violencia obstétrica entendiéndola como parte de la violencia de género a la que están expuestas las mujeres en el marco de esta sociedad machista y patriarcal. Buscamos la visibilización y crítica de prácticas arraigadas en el segundo nivel de atención de la salud como herramienta para fundamentar la necesidad de transformación de las mismas en pos de que las mujeres puedan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos. Para llevar a cabo nuestro análisis elegimos centrarnos en el parto y en el momento inmediatamente posterior, ya que entendemos como primordial el primer encuentro madre-niño, y la importancia de que este no sea retrasado si no es por razones medicas específicas.

Es en relación a esto que comenzamos a indagar sobre las prácticas que llevan adelante los profesionales de la salud (enfermerxs, personal administrativo, medicxs); como insumo utilizaremos entrevistas realizadas a mujeres que hayan parido en el último año, estudiantes de la UNLP, de entre 18 y 25 años al momento de parir.

En conclusión, afirmamos que la violencia obstétrica debe ser fuertemente rechazada de todos los ámbitos de la salud, tanto pública como privada, porque su ejercicio se vincula directamente al sostenimiento de redes de dominación, de estereotipos sobre lo que una mujer-madre debe hacer, de roles preestablecidos e inamovibles.

Finalmente queremos dejar explicitado que desde este artículo se pretenderá generar nuevos interrogantes, como insumo para seguir cuestionándonos y reflexionando sobre las prácticas que los y las profesionales naturalizamos, en pos dar comienzo, al sostenimiento de nuevas concepciones en los ámbitos de salud sobre los derechos de las mujeres y los niños recién nacidos.

Fernández, Aldana. aldi.90@hotmail.com

Franco, Vanesa. Vanesa.r.franco@gmail.com

Monteiro, Anaclara. anaclara_monteiro@live.com

Presentación del tema:

Como estudiantes de quinto año de la carrera, y teniendo en cuenta el recorrido que hemos realizado a lo largo del año, sobre temáticas vinculadas a la salud colectiva, es que hemos decidido presentar este artículo con el objetivo de lograr la visibilización y crítica de prácticas arraigadas en el segundo nivel de atención de la salud como herramienta para fundamentar la necesidad de transformación de las mismas en pos de que las mujeres puedan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

Para llevar a cabo este propósito hemos decidido realizar entrevistas a mujeres que hayan parido en el último año, que tengan entre 18 y 25 años al momento del parto y que sean estudiantes de la UNLP. Entendemos que este recorte nos brindará la posibilidad de pensar en un primer acercamiento a las prácticas que se llevan a cabo en el segundo nivel de atención; luego utilizaremos como insumo las conclusiones a las que arribemos para poder generar estrategias de trabajo en hospitales del segundo nivel de atención de la ciudad de La Plata en conjunto con profesionales cuyo trabajo se vincule con la atención de mujeres parturientas. Intentaremos así problematizar las significaciones que sostienen en relación al derecho de las mujeres y niños de nacer en un ambiente sano, siendo protagonistas del momento del nacimiento.

Cabe destacar que, a nivel grupal, hemos sido interpeladas por la necesidad imperiosa de incluir la perspectiva de género en el ámbito de la salud, como herramienta indispensable para defender y abonar a la concepción de la salud colectiva. Concordamos con Attardo Clara cuando afirma que los estudios sobre la perspectiva de género “*se interesan en promover cambios en las relaciones de poder entre mujeres y varones, es decir que tienen la pretensión ética de lograr equidad e igualdad de oportunidades entre los géneros*”¹. De esta forma pretendemos afirmar que la visibilización de las violencias contra la mujeres, en el marco de esta sociedad patriarcal, mediante la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud dominada desde el modelo médico hegemónico, como punto de partida hacia la búsqueda de igualdad entre hombres y mujeres, será la herramienta necesaria para construir salud colectiva en el marco de la igualdad y el respeto.

¹ POR QUE INCLUUIR LA PERSPECTIVA DE GENRO EN EL CAMPO DE LA PROMOCION DE LA SALUD. Attardo, Clara.

Como primer punto queremos explicitar la postura que sostenemos a nivel grupal sobre la invisibilización que recubre las diversas manifestaciones de las violencias contra las mujeres. Entendemos que lo invisible, encubre, no deja ver, solapa lo negado, es decir, que existe *algo* que no debe verse, ni problematizarse. Sin embargo afirmamos que estos mecanismos de dominación explicitados en violencia de género son construcciones sociales, y no “diferencias naturales”, legitimadas socialmente por acciones u omisiones. Pretendemos afirmar que al ser construcciones sociales, a manos de las sociedades, estas son modificables, pasibles de ser revisadas y criticadas, con el fin de rever las prácticas que sostienen. A nivel grupal nos cuestionamos ¿Cuáles son las fuerzas sociales en lucha que sustentan esta división violenta de la sociedad? ¿Con que fines? Respalamos la idea, en esta línea de argumentación, que los estereotipos sobre los géneros son producto, y herramienta necesaria de dominación, propias de este sistema capitalista y patriarcal. En esta línea entendemos que el patriarcado, en tanto estructura e ideología, se reproduce y perpetua ejerciendo violencia simbólica, es decir, funciona como un sistema que *“extorsiona, generando unas formas de sumisión, que ni siquiera perciben como tales, y que se apoyan en creencias totalmente inculcadas. (...) La violencia simbólica impone coerción e instituye, por medio del reconocimiento extorsionado de la dominada al dominante, una suerte de cerco de conocimientos y percepciones”*²

Centrándonos fundamentalmente en la violencia obstétrica, aunque si dejar de lado que las formas de dominación que pesan sobre las mujeres no son divisibles, sino que, en conjunto actúan como mecanismo de dominación e invisibilización de la mujer, tanto en el ámbito público, como privado, es que retomamos la ley de protección integral a las mujeres como instrumento normativo de fundamentación de nuestra postura. En esta ley se explicita que existen diferentes tipos de violencia: física, psicológica, simbólica, sexual y económica. Asimismo explicita que existen, además, modalidades por las cuales se llevan a cabo estas manifestaciones violentas: doméstica (repensemos lo público-privado, como división y fragmentación, lo que naturaliza la subordinación de la mujer en la sociedad); institucional; laboral; mediática; contra la libertad reproductiva y obstétrica. Esta última es definida según el texto de la ley como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato*

² (Femenías; 2008: 33).

*deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.*³

Según la Ley Nacional N° 26.485 de se entiende por violencia contra la mujer *“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”*⁴. Es decir, se entiende por violencia de género o contra las mujeres todas aquellas formas de violencia que son ejercidas hacia las mujeres por el hecho de serlo, es decir, producidas en relación a los condicionantes que introduce el género en cuanto a roles y posiciones sociales en la estructura patriarcal (subordinada en el caso de las mujeres, dominante en lo que respecta a los varones).

Retomando esta línea de pensamiento en relación a la dominación ejercida sobre las mujeres, reflexionando sobre la imposibilidad de pensar en estas situaciones violentas de las que son foco por fuera del sistema patriarcal que hegemoniza las construcciones sociales, entendemos que el modelo médico- hegemónico viene a fundamentar científicamente estas redes invisibilizadas de dominación; es decir, afirmamos que la dominación sobre el cuerpo de la mujer se materializa en la medicalización del proceso de parto, en la presión en los tiempos necesarios para que se desencadene, en el poco respeto por el primer encuentro madre- niño negando la importancia que posee para ambos, la falta de información sobre los procesos médicos que se llevaran cabo, la imposibilidad de retomar las transformaciones que se dan en el cuerpo de las mujeres, la negación de la demostración de dolor, el lugar que se da al padre del niño en todo el proceso y finalmente en el nacimiento.

Entendemos que este pensamiento hegemónico sustenta y se legitima en, a su vez, la concepción de la salud como un espacio para las inversiones del capital, que debe ser redituable; entendemos que esta perspectiva de la salud como mercancía, como vehículo para aumentar las ganancias, visualizándola como relación costo- beneficio, reproduce la idea de salud como ausencia de enfermedad, y no como proceso histórico- social. Abonamos a la idea que sostiene F. Ferrara cuando asume que la salud es la lucha que se da una sociedad para lograr superar los obstáculos y conflictos que se le presentan;

³ LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES. Ley 26.485

reflexionando sobre el tema abordado podemos entonces afirmar que una parte de esta lucha por la salud es la que se da en pos de visibilizar, criticar y presentar alternativas de accionar a las diferentes formas de violencia que sufren las mujeres en el marco de nuestra sociedad. Entendemos así que la salud no debe ser pensada desde el análisis de la enfermedad, sino como proceso salud-enfermedad-atención, haciendo hincapié en la vida.

Siguiendo esta línea de análisis pensamos que el pensamiento hegemónico en salud, relacionado a recetas inamovibles y homogeneizantes, muchas veces creado e instaurado desde agencias supranacionales, como el BID o el FMI, refuerzan la visión de la salud como mecanismo de acumulación del capital, sin tener en cuenta particularidades históricas; es decir, apostamos a que la salud, como construcción colectiva, debe hacerse teniendo en cuenta las diferencias regionales, respetando las diferentes cosmovisiones, dando fin a la discriminación y estigmatización. Asimismo afirmamos que el foco de este proceso, dejando de lado la figura del médico como poseedor del conocimiento, debe estar puesto, en el momento del parto, tanto en la mujer como en el niño.

Desaprehendiendo nuestro cuerpo:

Como primer punto entendemos que la maternidad atraviesa integralmente el cuerpo de la mujer, materializándose en diversas transformaciones que son foco de valoraciones por parte de la familia, los médicos, es decir, que en el cuerpo y sus cambios se depositan expectativas, miedos, sentimientos, deseos. Entendemos de esta forma que las transformaciones fisiológicas poseen a su vez un correlato psicológico para la mujer que se convertirá en madre: *“Mientras que el cuerpo real es el cuerpo del goce, el cuerpo simbólico es el cuerpo hablante o significante; la imagen devuelta desde el otro es el cuerpo imaginario. Este último aspecto estará más presente en el discurso de la embarazada”*⁵

Este imaginario que se crea sobre el momento del embarazo, y las transformaciones que detenta, es transcurrido por la mujer, según los aportes de Rodríguez, como una búsqueda de equilibrio entre la pérdida y el hallazgo: entre lo nuevo que se aproxima en relación a la maternidad y como se llevará a cabo, y la pérdida, la transformación total del cuerpo anterior. Resaltamos estas afirmaciones en tanto entendemos que el cuerpo es el

⁵ EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (TRES MOMENTOS DEL IMAGINARIO FEMENINO). Rodríguez, Ma.

principal sostén de la identidad, no vinculándolo a cuestiones estéticas, sino pensándolo como el soporte de la mirada del otro en la que nos reconocemos.

Siguiendo estos aportes pretendemos arribar a la consideración directriz que queremos dimensionar: el cuerpo de la mujer es desde este momento habitado por terceros, médicos, enfermeros; invadido por personas ajenas, cuestionado, intervenido. Entendemos de esta forma que los profesionales de la salud no deben reproducir estas lógicas, sino que deben pensar que la mujer es dueña de su cuerpo, y que es imposible recortarlo, haciendo hincapié solo en el útero. Afirmamos de esta manera que deben respetarse tiempos, dolores, placeres, deseos, búsquedas por parte de la mujer que será madre. Queremos afirmar de esta manera que en las entrevistas realizadas, las mujeres entrevistadas, destacaron el discurso del médico en función de los cuidados que debían llevar a cabo para el mejor desarrollo del bebé, dejando en un segundo plano las modificaciones que el cuerpo de la mujer sufre y las consecuencias que eso posee para la subjetividad de la misma. Retomando estos instrumentos podemos afirmar que el modelo médico hegemónico lleva a cabo prácticas que, paulatinamente, han ido acrecentando el poder de la profesión sobre el cuerpo de las mujeres al momento de parir, es decir, *“se modificó la relación habitual de las mujeres con sus embarazos y partos porque dejó de vérselos como hechos gobernados de la propia fisiología femenina. Tal como señala la psicoanalista Eva Giberti “al desactivar la capacidad paridora de las mujeres, la medicina se apropió de sus partos” y la relación que la mujer estableció con ellos fue precisamente de incapacidad, extrañamiento y temor. A partir de entonces, embarazo y parto fueron para las mujeres una permanente fuente de hipocondría en la que supo abreviar el poder médico”*⁶.

Queremos resaltar que consideramos, retomando lo expresado por las mujeres entrevistadas, que se sostienen prácticas homogeneizantes en relación a la medicalización del embarazo y del parto. Ubicando, de esta forma, a la mujer en un lugar de objeto de la medicina, pasivo, en el cual no es posible que ella decida sobre los procesos que se desencadenan. Resaltamos que en una entrevista se expresa *“Me otorgaron ácido fólico, vitaminas y unas inyecciones para acelerar el desarrollo de los pulmones del bebé en caso de nacimiento prematuro”*⁷. A nivel grupal consideramos la

⁶ Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX. Correa, Alejandra en MATENIDADES EN EL SIGLO XXI. Comp. Tarducci, Mónica. Ed Espacio. 2008

⁷ Entrevistas realizadas. 15/10/2014

importancia que posee el respeto por las singularidades de las mujeres, sus recorridos de vida, sus expectativas, costumbres, deseos; pensando en las prácticas medicalizantes afirmamos que encierran un componente de dominación, vinculado al deber ser que una futura madre tiene como obligación sostener. No pretendemos apostar a la invisibilización y a la falta de información, sino que nos manifestamos a favor de que cada mujer tenga la posibilidad de elegir como llevar a cabo su embarazo y parto; es el deber de los médicos brindar las herramientas necesarias para que las mujeres puedan tomar decisiones, al mismo tiempo, que deben respetarlas. Afirmamos de esta manera que estas prácticas avasallantes están legitimadas como practicas necesarias, como parte ineludible del proceso embarazo- parto; sin embargo, repensando en las entrevistas realizadas, pensamos que estas formas de accionar por parte de los médicos y demás profesionales, son una forma de violencia contra la mujer, que instaura en lo simbólico la dominación ejercida sobre el cuerpo femenino. Queremos aseverar, en esta línea, que estas prácticas del orden de lo simbólico habilitan practicas relacionadas a la medicalización, a que actividades pueden realizarse y cuáles no, a “retos” sobre decisiones que las mujeres llevan a cabo. Nos planteamos esto como un grave problema de autonomía para la mujer que se convertirá en madre, pensando que la salud no debe socavar estas bases para la emancipación y el empoderamiento de las mismas, sino que, por el contrario, debe apostar a generar y sostener procesos que fortalezcan estos procesos emancipatorios.

Subrayamos de esta manera que consideramos que, por parte de las mujeres, existe desinformación en relación a la nueva regulación tanto sobre las consideración de violencia hacia las mujeres, como en relación al momento del parto. Entendemos que más allá de los esfuerzos que deben realizarse para materializar estas leyes en el ámbito de la salud esta lucha debe darse de forma colectiva para lograr así que se respete el lugar de la mujer que será madre. Sin embargo esto no será posible si las mismas desconocen sus derechos; en esta línea resaltamos que es fundamental hacer partícipes activas del proceso a las mujeres, abandonando la visión biologicista dominante en el ámbito de la medicina.

Desafíos para el Trabajo Social

Como estudiantes de la carrera de Trabajo Social, teniendo en cuenta los procesos que hemos podido observar en relación a lo expresado por las mujeres que han parido, entendemos que nuestros aportes deben estar enfocados y pensados para poder desencadenar un proceso de ruptura, en pos de lograr la real deslegitimación y la desnaturalización de las violencias contra las mujeres, principalmente en el momento del parto. Entendemos de esta manera que, como futuras profesionales, nuestro foco debe ser puesto en dispositivos que generen y sean capaces de sostener un proceso de acompañamiento de las familias que transitan por las instituciones de salud, como insumo para sustentar nuevas miradas que sean capaces de deconstruir lo establecido en relación a las prácticas instituidas. Resaltamos la capacidad instituyente de estos procesos en tanto sean construidos colectivamente, como producto de la interacción entre los efectores de salud, movimientos sociales en lucha por el reconocimiento de sus derechos, los sujetos que se acercan a las instituciones.

Asimismo entendemos que desde nuestra profesión no podemos dejar de reflexionar sobre la brecha existente entre lo normativo y lo real; entendiendo que las leyes son un instrumento de fundamentación en tanto seamos capaces de apropiarnos, ejercitarlas, convalidarlas a otros sectores. En este sentido tomamos los aportes de Paulo Netto sobre los desafíos de la profesión en la actualidad; el autor propone que como colectivo profesional tenemos el *“desafío de contribuir para convertir derechos formalmente reconocidos y concretamente necesarios en efectividades sociales”*⁸. Vinculamos esta idea con la necesidad fundamental de poder comprender, e intervenir, en la línea de retoma la transversalidad del género, la clase social y la etnia en las relaciones sociales, abonando a la idea de la salud colectiva como construcción social, histórica, que respete la cosmovisión de los sujetos.

Finalmente, y retomando el objetivo que hemos propuesto, entendemos que nuestra intervención debe estar vinculada al abordaje de problemáticas específicas de los géneros; así como también la capacitación y formación de lo/as profesionales en una perspectiva de género que erradique los prejuicios y la moralización de la atención efectores de salud en realizar actividades intersectoriales.

⁸ LA CONCRETIZACIÓN DE DERECHOS EN TIEMPOS DE BARBARIE. NETTO, Jose Paulo. 2008.

Propuesta de intervención. Iniciando rupturas desde los profesionales de salud.

Teniendo en cuenta el recorrido que hemos realizado en el presente trabajo, e intentando ejercitar y plasmar nuestra perspectiva de género como futuras profesionales, es que hemos decidido llevar adelante una propuesta de intervención que intentará retomar la palabra de los profesionales que se encuentran vinculados a la atención en la salud de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, reflexionando sobre ella y pudiendo criticarla como inicio al proceso de ruptura y desnaturalización de prácticas hegemónicas en salud que no sean respetuosas de las elecciones y deseos de cada mujer.

El dispositivo que adoptaremos será la modalidad de taller, entendiendo que este permitirá que la palabra circule entre los diferentes participantes y no sea solo un instrumento utilizado por nosotras, en correlato con el objetivo propuesto.

Se piensa en realizar el taller con médicos/as, parteros/as, enfermeros/as pertenecientes al Hospital "Horacio Cestino", de la ciudad de Ensenada; el espacio de trabajo se desarrollara durante dos meses, teniendo encuentros semanales a acordar con las posibilidades de los profesionales.

La propuesta de trabajo se inicia con la presentación de insumos audiovisuales como disparadores en relación a formas de parir no hegemónicas, como el parto domiciliario por ejemplo. Elegimos este instrumento como insumo para poder problematizar el momento del parto y el proceso de atención durante el embarazo, deconstruyendo la idea de que existe solo una forma de parir y que esta debe ser estandarizada, apostando al respeto de las decisiones de las mujeres en relación al transcurso del embarazo.

Como equipo de coordinación se aportara bibliografía para iniciar el proceso, ya que entendemos que será de esta manera que se podrán llevar adelante diversas discusiones en el espacio.

Resaltamos finalmente que no es nuestro objetivo determinar que *todos* los profesionales de la salud llevan a cabo prácticas violentas, sino que pretendemos que la visibilización de estas violencias se dé en forma colectiva, como instrumento para iniciar el proceso de desnaturalización.

Nuestra estrategia a nivel institucional se basará en poder generar, desde el Servicio social del hospital, una vinculación en el Servicio de Obstetricia.

Bibliografía:

Attardo, Clara. Por qué incluir la perspectiva de género en el campo de la promoción de la salud. UBA.

Correa, Alejandra. "Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX". En Tarducci, Mónica en MATENIDADES EN EL SIGLO XXI. Comp. Ed Espacio. 2008

Escudero, José Carlos. "Sobre la salud colectiva. A lo largo de la historia de la humanidad el avance del capitalismo atento contra el desarrollo exitoso de la salud colectiva. ¿Que es necesario hacer para cambiar esto?

Fernández, Ana María. "La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres". Cap. 10: Poder e imaginario social. Ed. Paidós. Reimpresión 2014

Giberti, Eva, et al. "La mujer y la violencia invisible". Introducción. Ed. Paidós. 1989.

Granda, Edmundo. IX Congreso Latinoamericano de medicina social. La salud: un derecho a conquistar. Mesa redonda: ALAMES: veinte años. Balances y perspectivas de la medicina social en América Latina. 2004. Lima.

Isturiz, et al. "Pensamiento contrahegemónico en salud". Debate. Universidad de Carabobo. Venezuela. Universidad de La Habana. Cuba. Escuela Nacional de salud pública, La Habana. Cuba

Ley de parto humanizado. N° 25929

Ley de protección integral a las mujeres. N° 26.485

Netto, José Paulo. La concretización de derechos en tiempos de barbarie. Conferencia. 2008.

Rodríguez Rendo, Ma. Del Carmen. "Embarazo, parto y puerperio (tres momentos del imaginario femenino)" revista Norte de salud Mental. N° 19. 2003. Pp. 55-61

Valle, Ferrer, D. "¿Qué es la violencia en la familia? Debates, definiciones, incidencia y prevalencia. Cap. I en: espacios de libertad. Mujeres, violencia doméstica y resistencia. Ed Espacio. Bs. As. 2011

Vega, Marina. Procesos de subjetivación desde la perspectiva de género. Ficha de cátedra Psicología II. FTS- UNLP