

## **"El respeto en el embarazo, el trabajo de parto y post parto; un reclamo de soberanía sobre nuestros cuerpos"**

**Bernasconi María José<sup>1</sup>**  
**Fernandez Julieta<sup>2</sup>**  
**Perez Lascano Silvina<sup>3</sup>**

### **Resumen**

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos, abordaremos los inherentes a las mujeres en situación de embarazo, parto y pos parto; y las transformaciones necesarias que el sistema de salud debería analizar para garantizar su cumplimiento.

Para que los enunciados de la Ley Nacional N° 25929 se efectivicen debemos pensar y trabajar en tres ejes:

- La distancia que existe entre las prácticas médicas y el trato que necesitamos las mujeres: repensar formación académica, aceptar el embarazo como un proceso sexual, reproductivo y fisiológico; informando las diferentes prácticas posibilitando la libre elección de cada mujer.
- La brecha entre la norma jurídica y su eficacia: cambio cultural del modelo médico hegemónico para readaptar prácticas. Capacitación a profesionales y a la sociedad en general. Viabilidad de denuncias ante un derecho vulnerado.
- Las diferentes políticas públicas presupuestarias: Distribución de recursos para la reestructuración del sistema médico, posibilitando el cumplimiento de la ley.

El respeto en el embarazo, el trabajo de parto y post parto es un reclamo de soberanía sobre nuestros cuerpos.

---

1 Coordinadora Centro de la Mujer: “Cuestión de Género...muchacha tela para cortar” de la Fundación Misión y Servicio. Coordinadora Nacional RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento). Asesora del Diputado C. Palmeyro (C.A.B.A.) en la Comisión de la Mujer, Infancia, Adolescencia y Familia. Estudiante de la Escuela Sociopolítica de Género.

2 Coordinadora de Mujeres del Alba. Estudiante de comunicación y de la Escuela Sociopolítica de Género.

3 Psicóloga Social. Docente y Coordinadora Áreas Psicología Social (Legislatura C.A.B.A.- UBA- UB-SIPAM- El Pobre de Asís)

## **"El respeto en el embarazo, el trabajo de parto y post parto; un reclamo de soberanía sobre nuestros cuerpos"**

Durante cientos de años, el nacimiento y la mujer embarazada, estuvieron asistidos por otras mujeres, puesto que eran ellas quienes habían transitado esa experiencia y por ello contaban con el saber hacer para acompañar dicho proceso.

El parto fue siempre un acontecimiento de mujeres. La mujer embarazada se veía rodeada de sus compañeras de sexo, hasta que paría. Una mujer de mayor experiencia, pero carente de conocimientos técnicos, la asistía. Eran conocidas como matrona, comadrona, etc. Son las que hoy llamamos "Parteras empíricas".

En la Grecia antigua, ante los primeros signos del trabajo de parto, las parteras invocaban a la Diosa Artemisa, preparando pociones para facilitarlos mientras cantaban. Algo parecido ocurría en Roma.

¿Qué fue entonces lo que llevó a incluir al nacimiento como un tema médico y por ende a ser tratado con los mismos parámetros con los que se trata la enfermedad?

El aporte de Mabel Burin, describe que a partir del siglo XIII, la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico, y con ello, los sectores sociales superiores y los varones comenzaron a catalogar a aquellas mujeres que operaban sobre el cuerpo, como portadoras de un saber ligado a la superstición y a la magia. Estas mujeres que compartían los partos, en cuestiones ginecológicas, y en cuestiones vinculadas a la traumatología, a la preparación de jarabes y ungüentos, fueron perseguidas sistemáticamente, estableciéndose una clara distinción entre una medicina académica y masculina, y la magia o hechicería femeninas, encarnada en las brujas. (Burín en Fernández, 1992). Comienza la razón a erigirse como la medida superior de todo.

Por su parte el Ministerio de Salud de la Nación expresa en su página web, que el parto comenzó a institucionalizarse, es decir a realizarse en Hospitales y Clínicas, a principio del siglo XX, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y neonatal. En ese contexto se instala la idea de que se trata de algo parecido a una enfermedad.

Con este nuevo paradigma, las familias en general, y las mujeres en particular, perdieron protagonismo en uno de los hechos más trascendentes de sus vidas. La apropiación del embarazo, del parto y del posparto por el saber médico, fue creando las condiciones para la constitución de una forma de violencia (Violencia Obstétrica) menos visible, más naturalizada (sustentada por la hegemonía de ese saber) pero no por ello menos eficaz. La misma tiene vinculación directa con la desigualdad en la distribución del poder, que coloca a los actores de esa relación (Mujeres y Personal de Salud) en condición de apropiar o ser apropiado, de dañar o ser dañado, según la posición que ocupen en ese vínculo.

La violencia obstétrica como otras violencias ejercidas sobre la mujer, se sostiene y se juega en una relación desigual, es decir asimétrica, la cual afecta a la mujer en su libertad cuando se actúa en contra de sus decisiones.

Sin embargo, dicha violencia, por ser más sutil, no significa que sea invisible, sino que ha sido naturalizada por las estructuras de poder-dominación, en base a consensos que hacen que lo que crea la cultura, sea atribuido a la naturaleza. De este modo queda sin registro la práctica violenta que lo vuelve posible.

Por otra parte, la existencia de dispositivos discursivos que colaboran con esta sujeción del parto al saber profesional, menospreciando el derecho y la sabiduría de las mujeres, a un parto fisiológicamente respetado/humanizado, se sostiene en narrativas que ponen

el acento en lo efímero del parto y centran la atención en preservar la salud del recién nacido y de la mujer-madre.

Dicho esto, estamos en condiciones de hacer un análisis más exhaustivo de la distancia existente entre las prácticas médicas y el trato que necesitamos las mujeres.

Dentro de las prácticas médicas que consideramos innecesarias en la atención obstétrica, podemos enunciar el rasurado y enema; restricción absoluta de la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto; la administración de drogas analgésicas por vía sistémica; utilización en forma rutinaria de analgésica epidural; la monitorización electrónica fetal y las episiotomías de rutina, que vulneran su integridad física junto con las cesáreas innecesarias y legrados sin anestesia.

Para poder comenzar a pensar las necesidades básicas de la mujer, tendríamos que comprender determinados hechos y situaciones desde una perspectiva fisiológica, como relata y sostiene el Dr. Michel Odent, reconocido obstetra francés que introdujo en un hospital público de su país conceptos de la clase de “nacimiento como en casa” o “piscinas de nacimiento” y a los que nosotras adherimos.

En la mujer en situación de parto, se pone en funcionamiento su cerebro primitivo, donde se origina el desencadenamiento hormonal que le va a permitir llevar adelante todo su proceso de parto. Entonces fijamos una posición pensando que todo este sistema tendrá que ponerse en movimiento para segregar grandes cantidades de hormonas. Tenemos que entender que para que esto suceda no debería haber ninguna inhibición originada usualmente en el cerebro racional (neocortex). Entonces debemos cuidar que la mujer esté con la actividad del neocortex lo más reducida posible. Por ningún motivo, debería estimularse inútilmente su neocortex.

Ahora sí estamos en condiciones de aproximarnos a desarrollar las cuatro acciones innecesarias que podrían hacer que la mujer en situación de parto sea interferida en su proceso natural:

El lenguaje racional: todo lo que se comunica con palabras es procesado por el neocortex. Esto quiere decir que los profesionales de la salud que estén acompañando a la mujer en el proceso de parto deberán tener como mayor cualidad estar en silencio, no hablar. Cualquier pregunta que traiga a esta mujer a la realidad estaría estimulando, sin ninguna necesidad, su neocortex.

La luz: estimula el neocortex. La media luz debería a priori facilitar los procesos fisiológicos. Un ejemplo práctico: Cualquier persona que deseara dormir debería reducir la actividad del intelecto (neocortex), por eso solemos apagar la luz, hacer oscura la habitación, etc.

Sentirse observada: También estimula el neocortex. Científicos estudiaron y concluyeron en que cuando sentimos que nos están mirando, nos sentimos diferentes. Si una de las necesidades básicas de la mujer que da a luz es no sentirse observada deberíamos tener presente que no es favorable que equipos de salud estén mirando a la mujer todo el tiempo para detectar el avance del trabajo de parto.

Cualquier situación asociada a una secreción hormonal de la familia de la adrenalina, por el binomio antagónico adrenalina – oxitocina. Esto se podía explicar si pudiéramos percibir que los estados nerviosos son contagiosos. Es por esto que el equipo de salud debería mantener un equilibrio en su estado de tensión, si lo hubiese.

Dada esta breve explicación, en Argentina en general, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en particular, nuestras leyes intentaron y siguen intentando hacer un nexo entre las necesidades básicas de las mujeres y sus derechos en situación de parto y el cuerpo médico hegemónico.

Por esto nuestro país sancionó dos leyes: Ley Nacional Nro. 25929 “Derechos de padres e hijos en el proceso de parto, parto y postparto”, sancionada en el año 2004 y que aun no ha sido reglamentada y la Ley Nacional Nro. 26485 “Protección integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos donde desarrolle sus relaciones interpersonales”, que fue sancionada y parcialmente reglamentada en el año 2009.

En su artículo 6 inc. E tipifica como modalidad a la violencia obstétrica: “Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25929” (la ley reglamentada se refiere a la no reglamentada, presentando así un círculo vicioso)

No cabe duda que las leyes fueron concebidas para ampliar derechos. Lamentablemente, la letra por si sola no alcanza, ya que se torna difícil cambiar el paradigma que se aferra con obviedades y sutilezas, generando una tensión entre el modelo médico hegemónico y la necesidad de cambio.

El modelo médico hegemónico, en términos de Eduardo Menéndez, contiene rasgos que lo identifican como biologicista (el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos). La enfermedad aparece como casual, meramente como algo biológico y no como un hecho social, histórico. La eficacia pragmática, significa eliminar los síntomas sin atender otras cuestiones que están relacionadas con la misma enfermedad (una enfermedad psicosomática, por ejemplo. Los rasgos de asimetría y participación subordinada de los pacientes significa que estos y los médicos se reconocen en planos diferentes, el que “sabe” esta en un nivel que no se cuestiona, porque para ha estudiado. Los saberes del paciente se ignoran por completo y seguramente serian de mucha utilidad no solo en la curación si no, en la prevención. Luego de esta descripción, es fácil inferir que el poder impuesto a la medicina, en un sistema capitalista, no ha escapado a la gran posibilidad de generar un negocio millonario a costa de la salud de la población. Así dice, Menéndez también, que el Modelo Medico Hegemónico es mercantilista. (Menéndez, 1988)

Entonces, luego de saber esto, por dónde empezamos a desarmarlo para que las leyes puedan ser aceptadas plenamente.

Uno de los puntos para lograrlo es la formación académica, donde debería empezar el reconocimiento del embarazo y parto como parte del proceso fisiológico de la mujer en su desarrollo sexual, reproductivo. Como un detalle, al ingresar en la página de la carrera de obstetricia de la UBA, la primera palabra que aparece en los objetivos de la carrera es INTERVENIR.

En Occidente nos hemos convencido que alterando los procesos naturales los hacemos mejores, más predecibles, más controlables, y por lo tanto más seguros.

Cuando el producto desafortunado de ésta reconstrucción tecnológica del parto es un bebé con dificultad para respirar por una labor de parto anormal, (generada por la intervención innecesaria), lo rescatamos con más tecnología (cesárea, fórceps, etc).

Estos ímpetus de mejorar la naturaleza por medio de la tecnología tiene como objetivo principal el de liberarnos a todos de las limitaciones de la naturaleza

Los educadores del nacimiento, como todo el personal de salud, sienten el impacto de este imperativo tecnológico, y deben tomar sus propias decisiones acerca de cómo van a

responder. La cultura en la que vivimos siempre buscará amoldarnos en conformidad con sus creencias y valores dominantes, y hoy los valores sostenidos por el género masculino (yo pondría mas bien los valores patriarcales), siguen imperando en la formación de los profesionales de la salud en la carrera de medicina. En estos procesos formativos intervienen aspectos identificatorios inconscientes, de ahí que aspectos ideológicos, códigos, valores, idearios, pasen a ser sostenidos por los futuros académicos, incluso por las propias mujeres. Es así como se reproducen criterios y prácticas correspondientes al orden masculino respecto a la conducta y al accionar para y con las mujeres embarazadas, consideradas estas como objetos de tutela y no como "sujetas de derechos".

Entonces, volviendo a la pregunta de cómo superar esta encerrona en la que nos sumerge la tensión entre la necesidad de cambio y la resistencia del modelo médico hegemónico, quizás una posible respuesta sea empezar por la formación de los y las profesionales como punta del ovillo, sin descuidar el momento en que las y los estudiantes realizan sus practicas hospitalarias, ya que ahí, las y los profesionales formados, estarían reproduciendo "lo viejo", algo distinto de lo que se esta enseñando. Por supuesto, no solo con esto resolvemos el conflicto. El trabajo es holístico, cultural, profundo.

Como dice Cecilia Canevari Bledel en *Cuerpos Enajenados*, las leyes buscan amparar fundamentalmente a las personas con menos recursos, desde una mirada amplia, y es sobre estas personas que se ejerce violencia y es quizás la que se encuentra mas naturalizada, es más invisible. "Si bien las leyes operan con un poder simbólico, la existencia de las normas jurídicas no ha significado necesariamente la eficacia de las mismas y su incumplimiento es verdaderamente alarmante en diferentes ámbitos del estado provincial y nacional [...]" (Cecilia Canevari Bledel, 2011: 128). Que la norma exista jurídicamente no significa que se cumpla, como describimos desde el principio, pero es un paso. Diana Maffia escribe "Las dificultades que tenemos las mujeres para ser sujetas de derecho, ya que su abstracción, el hecho que no estemos enunciadas explícitamente, significa siempre un paso a favor de la subjetividad hegemónica. Dice: el color se enuncia si no es blanco, la edad si no es adulta, el sexo si no es masculino. Por eso las mujeres debemos ser nombradas" [...] (Diana Maffía, 2007, prólogo del libro: "Reformas judiciales, acceso a la justicia y género.")

Parafraseando a Canevari, el sujeto imaginario con el que se construye la legislación es un sujeto masculino, heterosexual, blanco, occidental, de clase media o alta y católico. Todas las personas que escapen a este patrón resultan invisibles. Para aparecer como sujetas y sujetos, hay que dar batalla ya que sin duda la disciplina del derecho opera al igual que la medicina como un reducto de patriarcado. (Canevari Bledel, 2011)

En *Cuerpos Enajenados* se describen tres agentes fundamentales en el campo de disputa por los derechos sexuales y reproductivos: el Estado, el Movimiento Feminista y la Iglesia Católica, esta última con una politización reactiva para impedir la liberación del género y la sexualidad. Este fenómeno sucede porque los reclamos feministas amenazan al orden social. No podemos dejar de mencionar como fundamentales a los medios de comunicación que reproducen los estereotipos que el Estado y/o la iglesia católica pretenden sostener. (Canevari Bledel, 2011)

Es así entonces que para que una ley después de promulgada, se efectivice en todos sus aspectos, hay que revolucionar el paradigma cultural vigente. Pasar de la tutela a la mujer gozosa de derechos y facultades para decidir.

Si RELACAHUPAN, organización a la cual pertenezco tuviese que delinear una política pública nacional copiaríamos y mejoraríamos la iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN). Esta iniciativa consta de diez pasos que tienen como objetivo la protección de la lactancia materna. Nosotros agregaríamos como ya comenzó a hacerlo España, puntos que tuviesen que ver con el resguardo de la atención de la mujer de preparto, parto y postparto.

A modo de conclusión, y en el contexto histórico que vivimos, en donde todas y todos coincidimos en los avances que se han alcanzado en materia de derechos humanos, como la ley de matrimonio igualitario, ley de identidad de género, ley de fertilización asistida y todos los juicios a los genocidas, entre otros; cursamos una época de inflexión en donde ponemos como eje la profundización de muchas de estas políticas. Creemos que la sanción de la ley Nacional 25929 se enmarca dentro de los avances mencionados y que su reglamentación es una de las deudas pendientes.

Sabemos que las leyes per se no hacen a los cambios, pero estamos seguras que la reglamentación, trae aparejada una partida presupuestaria que serviría a los efectos de su fiel cumplimiento.

Nosotras/os como RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe por la humanización del Parto y el Nacimiento) junto con otras organizaciones de la sociedad civil, hemos hecho una presentación formal al Ministerio de Salud de la Nación, con fecha 08/08/2011 y número de Exp. 17160.11.9, para pedir el cumplimiento efectivo de dicha ley y la pronta reglamentación. Y así mismo solicitar nuestra participación cuando se redacte el protocolo reglamentario.

En el expediente formado, se adjuntaron 6700 firmas de todo el país.

## Bibliografía

- Canevari Bledel, Cecilia 2011 (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública* (Santiago del Estero: Barco Edita)
- Odent, Michel 2011 (2009) *El bebé es un mamífero* (Buenos Aires: Editorial Madreselva)
- Odent, Michel 2009 (2005) *La Cesárea* (Barcelona: La Liebre de Marzo, S.L.)

Fernández, Ana María (compiladora) 1992 (1992) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (Buenos Aires: Editorial Paidós)

Menéndez, Eduardo 1988 “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.”, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo 1988

[http://www.fmed.uba.ar/grado/obstetricia/m\\_obste.htm](http://www.fmed.uba.ar/grado/obstetricia/m_obste.htm)

<http://www.msal.gov.ar/>