

Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres

Derechos, autonomía y violencia

Autor:

Canevari, María Cecilia

Tutor:

Tarducci, Mónica

2017

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado

Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

Tesis de Doctorado
Orientación en Género

Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres:
derechos, autonomía y violencia

Autora: María Cecilia Canevari

Directora y Consejera de Estudios: Dra. Mónica Tarducci

2017

Índice

Dedicatoria.....	5
Resumen.....	6
Agradecimientos.....	7
Antes de empezar.....	10
Introducción.....	11
1. La construcción del problema- objeto. Aproximaciones conceptuales.....	11
2. El estado de la cuestión.....	21
3. Abordaje metodológico, el autoanálisis y la reflexividad.....	26
4. Presentación de la organización general de la tesis.....	34
Primera Parte. Diálogos con el contexto histórico estructural	
Capítulo I El feliz matrimonio entre capitalismo y patriarcado	38
I.1. El negocio de la salud.....	38
I.2. El filantropocapitalismo y la construcción de los expertos.....	43
I.3. El tránsito a la modernidad capitalista.....	46
I.4. La colonialidad del poder. Nacimiento del racismo.....	49
I.6. La modernidad y el conocimiento racional.....	55
I.7. La paradoja de lo sexual como centro de la escena patriarcal.....	58
Capítulo II. Los derechos y sus reveses.....	61
II.1. El feminismo y los avances en los derechos sexuales y reproductivos.....	61
II.2. Marco legal de la violencia obstétrica.....	67
II.3. Las trampas conceptuales y operativas de la ley.....	74
II.4. El acceso a la interrupción legal del embarazo.....	77
II.5. Camino al aborto en el HSE.....	79
II.6. Entre leyes y derechos, entre agentes y el Estado.....	83
Capítulo III. Salud, medicina y patriarcado.....	87
III.1. La salud y el poder.....	87
III.2. Tematizando salud, enfermedad y atención.....	92
III.3. Necesidad y riesgo, responsabilidad y autonomía.....	94
III.4. La autonomía en clave feminista.....	97
III.5. La autonomía profesional.....	101
III.6. Los modelos del nacimiento.....	102
Segunda parte. Diálogos en el campo	
Capítulo IV. Espacios y trabajo.....	111
IV.1. Los dispositivos de poder en el Hospital: el espacio.....	111
IV.2. Llegar a la maternidad.....	118

IV. 3. El centro obstétrico.....	121
IV. 4. Dos nacimientos en la MGBA.....	123
IV.5. Despojos.....	126
IV.6. Las normas y la anomia. Consentimientos.....	133
Capítulo V. Entre violencias sutiles y la crueldad.....	138
V.1. El interrogatorio.....	138
V.2. El tiempo, los tiempos.....	141
V.3. La culpa.....	144
V.4. La mirada.....	147
V.5. Racismo y sexismo en las prácticas médicas.....	148
V.6. Después del parto.....	150
V.7. Las formas más crueles de la violencia.....	152
V.8. La muerte.....	154
V.9. El camino a la innecesárea.....	156
Capítulo VI. Los/as funcionarios/as públicos, su formación, sus prácticas.....	170
VI.1. El eje transversal del patriarcado médico: las asociaciones.....	170
VI.2. La opinión profesional sobre la violencia obstétrica.....	175
VI.3. Las relaciones desiguales en los equipos de obstetricia.....	179
VI.4. La enseñanza de la medicina, el hospital como campo de prácticas.....	182
VI.5. Sobre la duración del embarazo y otras dudas de la ciencia médica.....	186
Tercera parte. Conclusiones	
Consideraciones finales.....	193
Antes de cerrar.....	208
Bibliografía.....	210
Anexo N°1. Metodológico.....	236
Anexo N°2. Tiempo total de trabajo. América Latina (10 países).....	241
Anexo N°3. Leyes y Decretos reglamentarios (Ley N°25929 y Ley N°26.529).....	242
Anexo N°4. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento.....	252
Anexo N° 5. Modelo de denuncia ante la CONSAVIG y Resoluciones de la Defensoría del Pueblo de la Nación.....	255
Anexo N°6. Pronunciamento del feminismo comunitario en la conferencia de los pueblos sobre cambio climático.....	261

Dedicatoria

A los siempre renovados tiempos feministas,
que son vinculares y prevalecen por encima de las cosas.
Allí radica la promesa de una historia mas justa

Resumen

El objeto de estudio de esta tesis pone el énfasis en el vínculo entre las mujeres que asisten a servicios de salud y los/as profesionales de la medicina, considerándolo desde un enfoque relacional y desde las teorías feministas críticas. En esta relación de poder me propongo analizar particularmente las vulneraciones a los derechos de las mujeres en sus eventos reproductivos y los distintos modos de expresión que adquieren las violencias que abarcan gradientes que van desde modos simbólicos hasta otros más explícitos, que ocasionan daño. Esta tesis se plantea en dos partes que apuntan al mismo objeto pero con abordajes metodológicos diferentes, una como análisis de contexto y la segunda como un tránsito por las dinámicas hospitalarias. La primera parte busca situar al objeto a partir de un diálogo con el contexto histórico estructural a modo de genealogía, a donde recorro a diversos/as autores/as y fuentes para comprender el proceso a partir del cual el patriarcado y el capitalismo como estructuras sociales que perduran temporalmente se entrelazan de manera particular en el caso de la medicina y las violencias que allí visualizamos. La segunda parte son los diálogos en el campo y caben señalar dos instancias de trabajo de campo intenso, en dos maternidades públicas: la primera en Santiago del Estero (2006- 2009) y luego en el Gran Buenos Aires (2013-2014). En ambos momentos la estrategia metodológica se ha basado en la etnografía combinando una multiplicidad de fuentes (textos, voces) y herramientas, con observaciones en la sala de partos, parto y puerperas.

Agradecimientos

Esta es la tercera tesis que me propongo y desde que la comencé me sentí como en la primera. Es posible que el tiempo me haya otorgado más herramientas conceptuales y metodológicas, más destrezas para cumplir con los mandatos de erudición, pero subjetivamente me siento aprendiz, y con la necesidad de buscar hacer cada cosa de una manera digna. Y sé que las construcciones son colectivas, aunque tenga la pluma en mano, son muchas las personas con quienes he dialogado y que me ayudaron a pensar y comprender. Esto no quiere decir que sean responsables de las afirmaciones que se encontrarán en estas líneas. Pero he aprendido en el diálogo, disfruto el copensar, soy gregaria, necesito el grupo, trabajo en grupo, me afirmo y reafirmo en él. Y la academia nos pide un trabajo individual y éste cumple el requisito formal, pero en realidad no es así. Este es un trabajo construido por largo tiempo con múltiples manos, voces, interrogantes, búsquedas, dudas, hallazgos.

Por eso quiero agradecer en primer lugar a las mujeres de los diversos y confluyentes movimientos feministas, a aquellas que en diferentes momentos de la historia, pusieron el cuerpo y la inteligencia para desafiar y desmontar los órdenes establecidos. Sumarme al feminismo ha resignificado mis rebeldías que conocieron el garrote siendo adolescente. Han sido y son muchas mis maestras, pero deseo hacer mi reconocimiento en primer lugar a Mónica Tarducci, que además de maestra es directora y que además de directora es amiga.

Alberto Tasso, compañero, amigo e interlocutor permanente, los diálogos entre nosotros o con olor a café están siempre llenos de luces.

En el grupo más próximo, construido por los vínculos están Federico, Manuel y Guadalupe Williams Canevari, amores cotidianos. Mientras yo escribía esta tesis, Federico escribía la suya de la Licenciatura en Sociología, de la casa salían humitos, y nos levantábamos de la silla con un mate, un comentario, un abrazo. Fueron casi dos años de una hermosa aventura. Él ya la defendió con los laureles merecidos. Fernanda Montoya y Eugenia Gay que son familia.

La gran familia Canevari, dispersa por geografías variadas, pero siempre unificada por el cariño y la matriz común. La medicina está presente en la memoria ancestral y también actual. Luego llegan Pablo y Eva, Victoria y Lino, Eleonora y Juan Cruz. Y las queridas Ludmila, Tziri, Selva y Pyharé que nos permiten optimismos al futuro del feminismo.

A Verónica Godoy que sin su doméstica presencia la casa sería aún más caótica y a Noiec Acuña con quien mantenemos interesantes intercambios y me ayuda con tan variadas tareas.

Luego quiero agradecer y dedicar a las amigas imprescindibles para pensar los mundos femeninos y construir la sororidad, claro que son muchas, pero rescato aquí a las cotidianas

Magdalena Yuli Ramírez, Cristina Biaggi, Rosa Isac, Patricia Arenas, Ana Teresa Martínez, Luisa Vivanco, Liliana Martínez, Lola Llorente y Viviana Canet. Y a las amigas de la Red TRAMA que desde hace más de 20 años me sigue enredando con el mundo campesino y me abraza amorosamente.

A cada una de las/os compañeras/os y amigas/os del Grupo géneros, política y derechos del INDES con quienes nos une la tarea pero también las indisciplinadas rebeldías feministas: Virginia Palazzi, Irma Chazarreta, Noelia Aranda, Priscila Badillo Romero, Cristina Camaño, Aldo Heredia, Cecilia Tamer, Graciela Ferreira, Jorgelina González Russo, Sandra Moreira, Claudia Cejas, Eugenia Bravo, Luisa Paz, Gabriela Salvatierra Rojo, Ana Carolina Ferreiro Habra, Horacio Pereyra.

A Rita Segato que a partir del diálogo, las escuchas y la lectura, me permitió nuevas miradas para la comprensión.

A Julieta Arosteguy, Natalia Righetti y Clara Vallejos con quienes compartimos el trabajo en el HGBA y me propusieron volver al campo para hallar tantas sorpresas que necesitaron ser procesadas. Comenzábamos cada reunión para definir, escribir los informes y en el camino nos encontrábamos sin escape de las catarsis necesarias.

A Miguel Curioni, amigo y buen conversador, militante por los derechos de las mujeres y con él a todos/as los/as profesionales que generosamente se han dispuesto a reflexionar.

A la Universidad Nacional de Santiago del Estero, que me habilita un espacio donde trabajar con libertad, a los y las estudiantes que comparten conmigo sus experiencias y compartimos interrogantes y búsquedas. Al INDES (Instituto de Estudios para el Desarrollo Social) y a la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud.

A la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación que impulsó el Proyecto de mejoramiento de los Doctorados en Ciencias Sociales (DOCTORAR) y que en el año 2013 me otorgó una beca que habilitó las condiciones de posibilidad de esta tesis. Para quienes trabajamos en las Universidades Nacionales y hemos vivido la década de los '90, no podemos olvidar las amenazas al arancelamiento y el crecimiento de las instituciones privadas, los magros salarios y condiciones de producción realmente difíciles. Por esta memoria somos conscientes del hito transformador que comenzó a partir del 2003 otorgando valor al derecho a la educación pública de calidad. Las políticas universitarias de este período no solamente han mejorado los salarios, sino fundamentalmente han posibilitado el acceso y permanencia de los/as estudiantes a partir de las becas además de otras políticas sociales.

Muy especialmente a las mujeres que van a parir en un hospital público y se exponen tantas veces a experiencias traumáticas y en particular aquellas que nos relataron sus historias.

A las compañeras y amigas del Grupo de Mujeres Juntas Triunfaremos de Invernada Sur con quienes hemos compartido variadas tardes iluminadas. El lema que las acompaña dice:

"Trabajamos y luchamos por un mundo en donde los niños y las niñas nazcan fruto del amor y del deseo de tenerlos/as. No de un accidente, no de una violación". En la memoria, Sandra que nos dejó tempranamente.

Y por último a tantas/os trabajadoras/es que se esfuerzan de manera contrahegemónica por garantizar los derechos a quienes concurren a los servicios públicos de salud y que en este proceso de achicamiento del Estado, sufren cotidianamente las consecuencias.

Antes de empezar

Alessandro Baricco escribió un libro pequeño y profundo llamado *Los bárbaros. Ensayos sobre la mutación*, en donde hace el intento de mostrar los enormes pero sutiles cambios que ocurren frente a nuestra vista, pero que no alcanzamos a ver con total nitidez. Se aleja de la idea de los bárbaros como opuestos a la civilización, afirma que éstos se encuentran disfrazados de progreso y transforman diversas realidades para adecuarlas al mercado. Analiza cuestiones tan disímiles entre sí como el vino, el fútbol, los libros o el google. Asegura que a las hordas salvajes de los bárbaros no podemos verlas de manera completa, que para hacerlo deberíamos subir a la torre. Y aún así es difícil.

Entonces también recordé un libro que tenía cuando era niña, que era un objeto muy grande desde mi punto de vista. En cada página había una pequeña solapa, una ventana que al abrirla se veía algo sorprendente. Un ojo, una pezuña, una oreja. Fragmentos incomprensibles que solamente cobraban sentido al llegar a la última página en donde podía descubrir que todo lo anterior correspondía a insinuaciones de un gran elefante que se presentaba allí.

En esta tarea que emprendo me encuentro así. Tratando de describir las hordas de los bárbaros, o al elefante pero sólo a partir de algunos pocos fragmentos que dispongo. En cada pequeña ventana que abro, se me insinúa el elefante, pero no lo es. Hay un misterio que no es visible entre una y otra ventana. El elefante que intento describir, tiene otro inconveniente y es que se encuentra en movimiento. ¿Cómo describir a un objeto enorme a partir de fragmentos y que está en permanente movimiento? Entonces me propongo presentar apenas esos fragmentos de este gran problema, pero solo habrá unas pinceladas del gran elefante. No lograremos verlo en su figura completa, ni siquiera en la última página.

El ejercicio para la comprensión de un objeto es entonces transitar desde las subjetividades de las experiencias de las personas hasta lo alto del Arsat que se lanzó recientemente.

Un gran aporte del movimiento feminista ha sido hacer visible a su objeto- elefante que llamamos patriarcado. Además con el desafío de sabernos que estamos inmersas en aquello que nos proponemos descifrar. Leí hace poco una metáfora que representa bien esta imagen. Si fuéramos peces no prestaríamos atención al agua en la que estamos nadando. Ágilmente nos movemos en nuestro medio natural. Solo en el momento de agregarle unas gotas de violeta de genciana podremos ver que el agua contiene elementos que nos hacen daño. Intentar salir, como anfibias, mirar, volver a entrar, mostrar, denunciar, gritar, reflexionar, transformar. De eso se trata.

Introducción

1. La construcción del problema- objeto. Aproximaciones conceptuales

Las vindicaciones feministas han dejado registros -a pesar de tantos ocultamientos- en distintos momentos de la historia de los pueblos y tienen al menos tres siglos de trayectoria, que progresivamente se han ido configurando en un cimentado paradigma. La referencia a las relaciones de género como conceptualización, es propuesta por Gayle Rubin en 1975 en su reconocido artículo *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo* en donde ella incorpora la categoría *sistema sexo- género* al que refiere como "el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (1996:37). Es entonces sobre una anatomía, un sexo en donde se construye la normatividad de lo femenino (y lo masculino), con toda la tensión que resulta al hacer visibles los cautiverios de las naturalizaciones esencialistas que se imponen en un orden basado en múltiples desigualdades que se entrelazan.

La crítica feminista pone en cuestión las dicotomías fijas de naturaleza y cultura, borra las fronteras del mundo privado y pone en el debate público problemas que estaban silenciados. El enorme aporte se podría sintetizar con la metáfora de *correr el velo*, hacer visible y descubrir lo que se mantenía obturado. En este sentido Celia Amorós (1998:22) señala que "puede decirse que la teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención".

Para el feminismo los esfuerzos de conceptualización son también políticos. Plantea Rosa Cobo que "en el caso del feminismo, como en el de todas las teorías críticas -y el feminismo es sobre todo un pensamiento crítico-, los conceptos no sólo iluminan y explican la realidad social, también politizan y transforman esa realidad" (Cobo, 2012:325). La política feminista ha avanzado en múltiples sentidos trabajando por la utopía de una sociedad sin desigualdades de géneros, clase, raza o etnia. Podemos destacar tres grandes lineamientos de una agenda que está en permanente polémica y que son relevantes: la conquista de derechos, las transformaciones culturales y finalmente la producción de conocimientos. Respecto a los derechos, no cabe duda que durante el siglo XX las transformaciones fueron importantes, con progresivos reconocimientos de la ciudadanía de las mujeres¹. Recién en el siglo XXI se abren las polémicas

¹ Al referirme a varones y/o mujeres incluyo en estas categorías a todas las diversidades. Esta tesis se refiere particularmente a los procesos reproductivos que ocurren en cuerpos biológicamente de mujeres, aunque necesariamente están incluidos los varones trans. Tomar la decisión de hacer economía del lenguaje requiere un

referidas a los derechos sexuales y reproductivos que están en ciernes y que aún encuentran importantes resistencias en ambientes conservadores. Porque las transformaciones culturales son las que demandan mayores esfuerzos para obtener logros, sobre todo porque enfrentan estas oposiciones.

De igual modo, en estas décadas han habido notables avances en la producción de conocimiento desde una perspectiva feminista dentro de los ámbitos académicos. Se han puesto en debate diferentes epistemologías de las ciencias en la búsqueda de dar impulso a modos alternativos de construcción de saberes y se han cuestionado a grandes teorías y padres de la ciencia (Fox Keller, 1991; Harding, 1987; Haraway, 1991). Se visibilizan así las ausencias de las mujeres en temas/ asuntos sociales y surge la necesidad de visitar cada disciplina, para volver sobre los problemas, sus fundamentos epistemológicos, su metodología, los resultados, de manera tal de poner en evidencia el entramado patriarcal en las ciencias.

Es a mediados del siglo XX a partir de la década del '60 y con mayor firmeza en la del '70 cuando las inquietudes respecto a las relaciones de poder entre varones y mujeres, ingresan en los ámbitos académicos y comienza una verdadera revolución epistemológica que impulsa la necesidad de volver a mirar cada uno de los problemas, en cada una de las ciencias. En nuestro país es con el retorno de la democracia en la década del '80 que se crean institutos, centros de estudio y programas que se especializan en ese primer momento; no tanto en las relaciones de poder entre los géneros como aquellos destinados a *la mujer o las mujeres*. Los problemas que de alguna manera estaban presentes en las demandas feministas, pasan a formar parte de la agenda académica impulsando intensos debates sociales, políticos, históricos, económicos, poniendo en cuestión las relaciones de dominación.

Recorriendo esta larga historia patriarcal, se hacen evidentes los modos en que las relaciones entre personas generizadas impregnan las estructuras sociales, instalándose bajo la piel, y constituyéndose en un imaginario social que pareciera presente en el aire que respiramos. Así, es necesario comprender que los mandatos de género se sostienen por una red de interrelaciones e interacciones del orden simbólico vigente (Lamas, 2002) que los hacen invisibles, impensados. Y es justamente por el hecho de estar enraizado en el mundo simbólico que se invisibiliza y encuentra diversas resistencias a las transformaciones. Si quemamos una bandera nacional o dañamos una imagen religiosa, la estructura simbólica sostenida, se derrumba y se genera una dolorosa crisis².

Estas relaciones además están basadas en dinámicas de poder, por eso la categoría género es

pedido de disculpas hacia quienes quedan subsumidos.

² Un ejemplo reciente y elocuente sobre esto, es lo ocurrido en San Miguel de Tucumán el 8 de marzo del 2017 cuando un grupo de jóvenes feministas hicieron una performance frente de la catedral católica donde presentaban una virgen María que abortaba al sistema patriarcal. Las respuestas generaron reacciones tremendamente violentas, tanto que algunas de ellas tuvieron que abandonar la ciudad por las amenazas recibidas. Luego hubo una marcha multitudinaria el día 25 de marzo para celebrar el día del niño por nacer.

relacional y está de alguna manera determinada por el acceso y el control diferenciado a recursos materiales y simbólicos. Es a partir de una apariencia biológica que se construyen una serie de expectativas y mandatos sobre las personas. Las relaciones de género son aprendidas e históricas y como tales sufren transformaciones que son visibles de generación en generación. Como dimensión social está presente -de alguna manera- en todas o casi todas las relaciones y los procesos sociales y en todos, o casi todos, los objetos socialmente construidos y existentes (De Barbieri, 2003). Lo femenino y lo masculino resultan en representaciones dicotómicas, en donde lo femenino queda vinculado a la subjetividad, a la naturaleza, la pasividad y a las emociones; y lo masculino a la objetividad, la cultura, lo activo y la inteligencia siendo sostenidas colectivamente, a pesar de su falsedad. Esta ilusión colectiva impregna las subjetividades, lo simbólico, las normas, la organización social, la división del trabajo, el uso del espacio, del tiempo; en suma está presente en todas las relaciones. Y tanto en las relaciones micro como macro sociales, de modo que también permite comprender algunas claves de la geopolítica o la economía internacional. Joan Scott (1997) también propone categorías para el análisis de la cuestión. Su teoría tiene dos proposiciones centrales; una dice que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y en segundo término que el género es una forma primaria de significantes de poder. Comprende cuatro dimensiones: los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples, los conceptos normativos que a su vez manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos; las instituciones sociales, políticas, económicas, educativas y por último la identidad subjetiva. Estos cuatro elementos son interdependientes y están atravesados por la dimensión del poder.

Un concepto estrechamente vinculado con el de género es el de patriarcado, cuyo origen bajo una perspectiva feminista se atribuye a Kate Millett en su libro *Política Sexual* que ha sido publicado en el año 1969. Ella definirá al patriarcado como un sistema de dominio masculino que utiliza un conjunto de estrategias para mantener subordinadas a las mujeres señalando el carácter global o universal del mismo (Cobo, 2014). Lo comprendemos entonces como una forma de organización social y como basamento histórico para el ordenamiento de la sociedad. A pesar de sus orígenes remotos y su ubicuidad, es necesario poner distancia de los enfoques esencializadores de este ordenamiento. Está en la matriz (patriz) de todas las instituciones, modelando las representaciones y las relaciones sociales. Los cuerpos de las mujeres son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica (y real) para su control. De modo que marca las diferencias entre los varones y las mujeres y jerarquiza lo masculino por sobre lo femenino, produce mandatos sobre las ideas, las normas sociales, las instituciones y las prácticas. El resultado es una sociedad centrada en lo masculino y donde todo aquello asociado a lo femenino queda en una posición de subalternización real y simbólica. En este orden las mujeres son consideradas *naturalmente* inferiores al varón, ellas y sus temas son minorizados. Su cuerpo, la maternidad, los ciclos

menstruales que generan cambios en su humor las deja presas de alguna manera de su propia naturaleza. La medicina antigua ha demostrado esta inferioridad, a través de las teorías de los humores, y el hecho de que las mujeres son histéricas en tanto que su útero (migrante) es el órgano que rige su conducta. Con las mujeres ubicadas en el campo de la naturaleza y las emociones, se justifica de alguna manera que deban ser gobernadas por la razón y la cultura (masculinas). Estas diferencias entre los sexos, establecen jerarquías y relaciones de poder. Lo natural y lo emocional obviamente desde un paradigma que lo desvaloriza. Y en este sentido es la maternidad lo que vincula a las mujeres más estrechamente con la naturaleza.

Otra característica significativa de los patriarcados es su mutación permanente, por eso es necesario actualizar la comprensión de modo de redescubrirlo en sus transformaciones y vericuetos. Varían históricamente y de una cultura a otra, de un territorio a otro, pero es universal y arcaico en su estructura básica. Opera como un dispositivo que simultáneamente está dentro y fuera de cada uno/a de nosotros/as, nos aprisiona y dirige nuestras acciones, nuestros deseos (Segato, 2009) y en consecuencia es productor de diferentes formas de violencias. Hay una alianza fraterna entre los varones que opera a modo de cofradía y donde se resguardan cooperativamente ante las amenazas al orden establecido. Hay una interdependencia y solidaridad entre ellos que finalmente resulta en dominación femenina (Fontenla, 2009).

Si bien es posible hablar de la universalidad del patriarcado como organización social jerarquizante, es verdad que las características del mismo no se replican con la misma intensidad y los dispositivos vigentes que sostienen su reproducción varían si son analizados desde una perspectiva histórica y cultural, con diferencias generacionales, étnicas, demográficas, territoriales y donde intervienen también las experiencias subjetivas. También cabe destacar las alianzas entre sistemas que refuerzan la dominación, así el patriarcado, el capitalismo, las religiones fundamentalistas y las posiciones políticas conservadoras, se entrelazan para reforzar relaciones de dominación injustas.

Si los patriarcados mutan, ocurre lo mismo con las conceptualizaciones feministas o las políticas del movimiento que impulsan las transformaciones. Eva Rodríguez Agüero y Alejandra Ciriza plantean que "el uso del término patriarcado ha despertado ásperas polémicas en el campo de los feminismos". Y aclaran que hacen referencia

"al control que los varones ejercen sobre el conjunto de la reproducción humana. Esto no sólo abarca la sexualidad, y los dispositivos de regulación de las relaciones de parentesco, sino que atraviesa la totalidad de las relaciones de reproducción social, esto es, las relaciones entre los seres humanos en cuanto seres socio-sexuales en las que se articulan las relaciones de clase, etnia, género sexual y orientación del deseo, además de la relación con/en la naturaleza, interna y exterior en la que vivimos y la que somos" (Rodríguez Agüero y Ciriza, 2012:s/n).

Es en este contexto de injusticias estructurales que la violencia contra las mujeres queda

invisibilizada y es imperativo abrir grietas para la reflexión. La violencia contra las mujeres y la hostilidad en general encuentra un medio propicio en el desajuste entre fines y medios, que provoca distintas formas de aislamiento, sufrimiento, anomia, soledad, culpa, y eventualmente muestras de poder o venganza. Rita Segato (2003) plantea que la violencia se sostiene por dos ejes interconectados: uno horizontal que da cuenta de las alianzas, competición y complicidades de quienes ejercen la violencia y otro vertical que señala la dominación hacia las víctimas y sus resistencias; con base en las jerarquías. De manera que los varones llevan adelante sus actos de violencia, en ocasiones dirigiendo un mensaje a sus pares masculinos como una necesidad de demostrar sus potencias al grupo, aunque el mismo pueda resultar imaginario. Explorar los modos de construcción de la masculinidad y las prácticas gregarias es otro aspecto clave en la comprensión de la problemática. Plantea Segato que hay una exigencia social sobre los varones que tienen que demostrar de modo permanente su masculinidad, que debe expresarse y confirmarse reiteradamente a través de diferentes potencias que se mantienen en equilibrio entre sí (si se debilita una, se refuerza otra), y que las clasifica en seis: sexual, económica, moral, bélica, política e intelectual (Segato, 2011).

Sin duda la raíz de todas las expresiones de violencia presentes en las relaciones entre los géneros es la violencia moral que opera sin que sea consciente ni deliberada por las partes que intervienen. Es un mecanismo sutil de control social y de reproducción de las desigualdades. Es una cotidiana normalidad violenta que desmoraliza y daña la autoestima de las personas subalternizadas, a partir de fundamentos patriarcales, como un conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre para garantizar el mantenimiento de los estatus relativos a los términos de género (Segato, 2003). Pero estos mecanismos de preservación de los sistemas de status también controlan la permanencia de otras jerarquías como las raciales, étnicas, o de clase. Es la violencia simbólica a la que se refiere Pierre Bourdieu, cuando plantea que los/as agentes sometidos a determinismos de alguna manera contribuyen a la eficacia de aquello que los determina, desde su propio desconocimiento. Quien desconoce, no percibe la violencia que sufre (o ejerce). El reconocimiento significa que las personas aceptan el mundo como es y lo encuentran natural. La violencia simbólica en el caso de la dominación de género "se realiza a través de un acto de conocimiento y de desconocimiento que yace más allá –o por debajo– de los controles de la conciencia y de la voluntad, en las tinieblas de los esquemas del habitus, que son al mismo tiempo genéricos y generadores (es decir producto y productores de género)" (Bourdieu y Wacquant, 2005:245). El ubicar a la violencia fuera del plano de la conciencia y la voluntad, como actos impensados, da cuenta nuevamente de la complejidad de este fenómeno que está naturalizado en la invisibilidad de los dispositivos del género, pero también es político y opera a nivel individual y colectivo.

Los avances en acuerdos internacionales que otorgaron durante la segunda mitad del siglo XX

el marco normativo, opera como mecanismo de monitoreo hacia los gobiernos y las sociedades, señalando las deudas que se tienen para con las mujeres. Los más destacados son la CEDAW (Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer) (Asamblea de Naciones Unidas, 1979) y su protocolo facultativo aprobado en nuestro país en el año 2006, y la Declaración de Belém do Pará (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer) (OEA, 1994) que sentaron las bases para las sanciones de las leyes nacionales a partir de su incorporación a la Constitución Nacional en la reforma de 1994.

A partir de este amplio espectro de abordajes, de algún modo se podría afirmar que asistimos a una revolución decidida, constante, cambiante, autocrítica y pacífica que ha confrontado a instituciones arraigadamente patriarcales (que en ocasiones son también corporaciones) como la iglesia, el campo de la política o del derecho. Y si bien hay trabajos desde hace décadas, hay un proceso creciente - y más reciente- que se propone indagar a la medicina en tanto estructura patriarcal, que avanza imponiendo normas morales y prácticas sobre lo normal y lo patológico, resultando en un orden axiológico que vulnera las autonomías personales, y como intentaré mostrar, particularmente de las mujeres, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

El objeto de estudio de esta tesis pone el énfasis en el vínculo entre las mujeres que asisten a servicios de salud y los/as profesionales de la medicina, considerándolo desde un enfoque relacional y desde las teorías feministas críticas. En esta relación de poder me propongo analizar particularmente las vulneraciones a los derechos de las mujeres en sus eventos reproductivos y los distintos modos de expresión que adquieren las violencias que abarcan gradientes que van desde modos simbólicos hasta otros más explícitos, que ocasionan daño. Esta violencia ha sido definida en la Ley Nacional 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, año 2009) como *violencia obstétrica*. Es “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 Nacional N° 25.929 (Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento del año 2004)”. Esta definición se amplía, a su vez, en el decreto reglamentario, donde se establece que: “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, ya sea a la mujer o a el/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” (Decreto reglamentario, 2010).

En estas relaciones un eje de tensión se asienta en la toma de decisiones como posibilidad de ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres cuando se trata de opinar respecto a su cuerpo y los procesos que en él transcurren. Una autonomía que si bien tiene un respaldo legal, se enfrenta

a múltiples tensiones de poder. Este es uno de los nudos críticos para el debate que de alguna manera transversaliza el análisis de esta tesis y que se persigue para la comprensión del problema. Pero también es clave poder comprender que estas relaciones se desarrollan en el campo de la medicina donde se habilitan, naturalizan y reproducen prácticas de disciplinamiento en contextos institucionales que se sostienen en ordenamientos jerárquicos.

La autonomía es entonces, una clave tanto para comprender la sujeción de las mujeres como así también la tensión con los/as profesionales que no quieren quedar atrapados/as en las demandas y/o necesidades de las mujeres³.

Otro supuesto que de alguna manera es transversal a esta tesis es que la búsqueda de control de la sexualidad y la reproducción de las personas en general y de las mujeres en particular, ha sido uno de los grandes esfuerzos de los patriarcados con diferentes expresiones a lo largo de la historia. La libertad de las mujeres, la posibilidad del ejercicio de su autonomía sobre el propio territorio corporal para la medicina como red corporativa y patriarcal representa una amenaza. El dominio se afirma en el control sobre los cuerpos en tanto territorios. De la misma manera que las religiones o el capitalismo, la medicina opera como una organización transnacional que anexa con su accionar a las personas, como una estrategia de colonialismo. Como tal, la conquista se expresa mediante mecanismos de una violencia que está naturalizada e invisibilizada. Y esta violencia es política, aún cuando sea inconsciente para una o para ambas partes. Frente a las mutaciones permanentes del patriarcado con refundaciones en sus estrategias de control, surge como respuesta una renovada resistencia, resignificación, resignación o revuelta de los grupos subalternizados.

En suma, el propósito es hacer un acercamiento a la medicina con el fin de interpretar sus prácticas institucionalizadas referidas a los procesos reproductivos de las mujeres cuando asisten a una maternidad pública. Como cualquier relación de poder, entraña diferentes expresiones de violencia que limitan la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y sus subjetividades, que quedan en una posición de subalternidad y de vulneración.

En otro orden se busca indagar -tomando como referencia los marcos legales vigentes en nuestro país-, las brechas que existen entre la letra de la ley y su efectivo cumplimiento por parte de los/as agentes de los servicios, públicos. Se explora sobre el conocimiento de las leyes y los argumentos justificatorios para su incumplimiento. También se describen las sociedades médicas particularmente aquellas dedicadas a la ginecología y obstetricia, su composición, sus fundamentos y los enfoques sobre los que basan su accionar.

Busco explorar algunas expresiones de los procesos de mercantilización de la medicina, ubicándolos en un recorrido histórico de largo alcance, intentando comprender los modos en que la salud pasa a ser considerada un bien de mercado, particularmente aquellas referidas a eventos reproductivos de las mujeres y la mirada que se construye respecto de ellas. Las industrias

³ El concepto de autonomía lo trabajo en el Capítulo III

asociadas a la medicina, presentan novedades científicas como importantes descubrimientos para la salud, que se instalan como una política sanitaria con dudosos fundamentos. Me propongo un cruce entre política sanitaria, intereses económicos y salud de las mujeres.

A la medicina en su especialidad obstétrica la comprendo desde su herencia patriarcal, que aplica prácticas que pueden resultar en un cercenamiento de los derechos de las mujeres y su autonomía. El campo de la medicina es conceptualizado desde la perspectiva de Pierre Bourdieu (2005), que otorga la posibilidad de analizarlo desde este enfoque relacional mencionado anteriormente. Un espacio simbólico de relaciones entre posiciones, en donde diferentes agentes tienen capitales e intereses diferenciados que a su vez generan determinaciones en el control y acceso desigual a recursos (materiales y simbólicos) que se encuentran en disputa. Roberto Castro describe el campo médico como

"... formado por el conjunto de organizaciones, instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así entendido, junto con las instituciones de salud propiamente tales, forman parte del campo médico la industria farmacéutica y la de aparatos médicos, las aseguradoras, y las formas de medicina subalternas, tales como la homeopatía, la medicina quiropráctica, etc." (Castro, 2014b:342).

Son también parte del campo médico las instituciones que forman a los nuevos profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo, los agentes que operan estas instituciones, así como profesores/as y estudiantes. El mismo comprende las escuelas de formación, y un sistema de salud (organizado en tres subsectores) donde trabajan profesionales médicos (con sus especialidades) y de otras disciplinas (enfermería, obstetricia, psicología, nutrición, entre otras). Cada uno de los grupos de profesionales está nucleado en sociedades o colegios. Pero también consideramos actores claves a las empresas de la medicina que ofrecen numerosos servicios de diagnóstico, de tecnología médica y las empresas farmacológicas que son de gran importancia por su participación económica. Como todo campo, está impregnado de tensiones y relaciones de poder entre agentes con intereses y capitales diversos al interior del mismo, pero también ajenos. En este trabajo se pondrá especial énfasis en instituciones hospitalarias del sector público que brindan atención al parto, pero a su vez se considerarán otros actores relevantes dentro del campo.

Siguiendo con esta perspectiva un concepto necesario y complementario al de campo lo constituye el hábitus:

"... el *habitus* médico es esa subjetividad socialmente producida, característica de los diversos actores del campo, expresada en forma de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales –en primer lugar los médicos– a través de la formación que reciben en la Facultad de medicina y en los hospitales de

enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran la mayor parte de las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. Como en cualquier otro campo, el principio de la acción estriba en la coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico que le es concomitante, lo que produce un sentido práctico propio del campo, es decir, una práctica cotidiana casi intuitiva, espontánea, inconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo". (Castro, 2014b: 342)

Las relaciones entre los/as profesionales de los servicios de salud y las mujeres y su entorno próximo que acuden buscando asistencia y cuidados en un espacio institucional, resultan a menudo en violencia que se expresa de diferentes maneras por la búsqueda de control y dominación. La comprendo aquí como violencia patriarcal porque de esta manera da cuenta de las relaciones de poder- subalternización vigentes en las estructuras a partir de los diferentes criterios de clasificación social. Rita Segato plantea que la violencia responde a un epifenómeno que son estas mismas estructuras patriarcales en contextos históricos y geopolíticos. Y agrega que "no es posible avanzar en la comprensión de lo que ocurre, por qué ocurre, qué detona el comportamiento violento y cómo desactivar ese artefacto violentogénico que es el género sin un modelo que nos permita entender la etiología de ese epifenómeno" (2013:83). Y hablar de relaciones de género, es hablar de patriarcado.

Desde esta perspectiva, la medicina opera como una estructura patriarcal presente en el espacio social. Responde a patrones o dispositivos⁴ que podrían ser generalizables, que podrían considerarse del contexto, pero nuestra búsqueda es hallar las particularidades del patriarcado médico. Que está dentro y fuera de las instituciones sanitarias, que está dentro y fuera de cada uno/a de sus agentes, y que tiene expresiones que le son propias.

La sexualidad y la reproducción son preocupaciones estratégicas para la dominación patriarcal. La autonomía de las mujeres se presenta como una amenaza al orden social que se propone perdurar. Desde tiempos remotos, se despliegan dispositivos de control sobre los cuerpos y particularmente sobre las mujeres. Recientemente -en la última década- se ha avanzado a nivel nacional en legislaciones que consagran algunos derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo la garantía de los mismos en los servicios públicos de salud, se encuentra en general con numerosos obstáculos para todas las mujeres, pero principalmente para las de sectores populares.

¿Cómo se expresan estos dispositivos de control en las prácticas médicas? ¿Cuáles son las expresiones patriarcales de la medicina, desde la formación a las prácticas? ¿De qué modos la mercantilización y medicalización de la medicina opera de manera funcional para el ejercicio de poder? ¿Cómo son las experiencias de las mujeres para el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos en los servicios públicos de salud? ¿Cuál es la mirada que los/as profesionales de la medicina tienen respecto de las mujeres? ¿Cuál es la percepción que tienen respecto de los

⁴ Entiendo los dispositivos como aquello que dispone nuestro ánimo para hacer lo que el poder espera que hagamos.

derechos de las mujeres? ¿Cuáles son los supuestos que sostienen este esfuerzo por parte de los patriarcados médicos para controlar la sexualidad y la reproducción femenina?

Es entonces propósito de este trabajo interpretar las prácticas de la medicina desde el feminismo crítico, explorando los modos como se ejerce el dominio sobre los cuerpos de las mujeres y de aquello asociado a lo femenino. Apunto a la comprensión de las relaciones de poder que se establecen entre los/as profesionales de la salud y las mujeres que asisten a maternidades públicas y la construcción de alteridades que deriva de las mismas. Parto del supuesto que estas relaciones fundadas para la satisfacción de una necesidad de cuidados, al basarse en la subalternización con la consecuente discriminación resultan en prácticas de control y dominación con diferentes expresiones de violencia. Y de esta manera, estas prácticas se configuran en obstáculos para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos ya establecidos.

Se analizará a la medicina desde el proceso de formación hasta las prácticas de atención en servicios públicos con mujeres de sectores populares. El estudio está situado en un hospital público de Santiago del Estero (HSE) y otro del Gran Buenos Aires (HGBA). Se analizará también información disponible en internet sobre las asociaciones médicas y las instancias de formación de recursos humanos, como así también se rescatan relatos de mujeres de sus experiencias obstétricas. Para valorar las estrategias contrahegemónicas de las mujeres frente a los poderes médicos, se recurrirá también a internet y a entrevistas con referentes de redes nacionales.

La crítica feminista a la medicina analizada en sus cimientos patriarcales, reúne experiencias diversas con varias décadas de trayectoria y se puede hacer una marca de origen con el Colectivo de Mujeres de Boston que publican el libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*⁵, y luego la RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe)⁶. En cuanto a la producción académica, el tema tiene un ingreso relativamente novedoso en nuestro país que permiten visualizar los enfoques hegemónicos y los movimientos contrahegemónicos que tensionan las relaciones entre las mujeres, su entorno próximo con los/as profesionales de la medicina. En este escenario, la problematización y teorización al respecto desde una epistemología feminista, es un aporte que seguramente abrirá nuevas preguntas. Porque aunque la medicina transita entre las ciencias naturales y las sociales, en realidad se ha configurado históricamente basada en una lógica positivista que parece haberse recrudecido en las últimas décadas a partir de los avances tecnológicos y la mercantilización. Asistimos así a un proceso de fragmentación, biologización y/o molecularización de los cuerpos que dejan de lado cuestiones vinculadas a aspectos emocionales, sociales y de una mirada respecto a la integralidad de las

⁵ Comienza como un folleto en 1970 destinado al conocimiento por parte de las mujeres de su propio cuerpo y a partir de la demanda que tuvo, se edita el libro que tiene infinidad de ediciones en diversos idiomas.

⁶ La RSMLAC articula personas y organizaciones de movimientos sociales y de salud de las mujeres para impulsar, promover y defender el derecho al acceso universal a la salud integral, el pleno ejercicio de derechos humanos - especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos-, y la ciudadanía de las mujeres, desde perspectivas feministas e interculturales.

personas.

Poner en cuestión estas relaciones de poder contiene en sí mismo un propósito político que es un aporte a las agendas feministas. Los nacimientos transcurren en un escenario donde circula poder, y en donde la relación entre las mujeres y los/as profesionales de la salud, se encuentra cargada de tensiones, que emergen en una violencia real y simbólica contra quienes son nombradas como “pacientes”.

El feminismo ha impulsado en materia de derechos sexuales y reproductivos avances que tienen como un hito significativo el surgimiento de la píldora anticonceptiva en la década del '60 del siglo pasado, que ha significado un distanciamiento entre la sexualidad y la reproducción. Desde entonces la medicina ha avanzado en procesos de medicalización e intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres que en algún sentido han sido beneficiosos para sus vidas. Aunque luego ha sido necesario proponer leyes que regulen las prácticas que amenazan su libertad. Hay movimientos que proponen un retorno hacia lo natural que para algunas corrientes del feminismo se presenta como retorno hacia un esencialismo contra el cual se han librado numerosos argumentos. Estas tensiones entre lo natural y lo tecnológico son también parte de este debate.

2. El estado de la cuestión

Los estudios que entrecruzan las problemáticas de género, las ciencias sociales y la salud son amplios y en un dinámico crecimiento. En particular aquellos que indagan la violencia contra las mujeres al interior de los servicios de salud tienen una expansión notable en los últimos años, fuertemente emparentada con movimientos sociales, y en menor medida con la producción de conocimientos. Es posible que este fenómeno se vincule con su nominación en la Ley Nacional N°26.485 que la llamó violencia obstétrica, pero también a que las transformaciones sociales avanzan sobre resquicios patriarcales que perduraban invisibilizados. Pero al referirnos específicamente a las investigaciones vinculadas al parto y las tensiones entre la medicina y las mujeres usuarias, el espectro se reduce aunque comparten el abordaje desde una perspectiva crítica. Los estudios sobre el tema se podrían reunir en tres grandes líneas: aquellos vinculados a los derechos (tanto los sexuales y reproductivos como los referidos a las violencias) y las brechas que perduran para su efectivo cumplimiento. Luego los trabajos de la antropología y sociología de la salud que indagan el contexto y las relaciones entre las mujeres y los/as profesionales que son los más numerosos; y finalmente aquellos que dentro de las disciplinas médicas y obstétricas cuestionan las prácticas intervencionistas con diferentes argumentaciones técnicas. La perspectiva feminista está presente de modo variable y con mayor o menor intensidad en cada una de estas

líneas.

Entre los trabajos reunidos en torno a los derechos de las mujeres se destaca en nuestro país el realizado por Susana Chiarotti y su equipo (CLADEM -Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer- e INSGENAR -Instituto de Género, derechos y desarrollo-) que lleva adelante una investigación en la ciudad de Rosario que se publica en dos libros (Con todo al aire 1 del año 2003 y Con todo al aire 2 del 2008). Estos dos trabajos recopilan diferentes experiencias y testimonios de mujeres que asisten a un hospital público buscando asistencia por un aborto en curso o por un embarazo y las analizan desde los marcos legales nacionales e internacionales existentes. Se proponen "sensibilizar al conjunto de la sociedad y en especial a los/as trabajadores/as de la salud sobre la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres que asisten a los servicios públicos de salud reproductiva y contribuir a su erradicación" (2003:11). En la segunda edición se presentan las acciones realizadas por el Observatorio Salud, género y derechos humanos que el mismo INSGENAR ha creado. A través del mismo se promueven acciones para la denuncia de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud, se ha realizado un seguimiento de la problemática, organizando encuentros académicos y elaboración de materiales para la sensibilización. Se produce una obra de teatro que luego se difunde en el formato de video que se llama de la misma manera que los libros. Este Observatorio que ha funcionado activamente durante varios años y recientemente ha declinado su actividad.

En Perú hay un trabajo realizado por el CLADEM (1998), con un título por demás elocuente: *Silencio y complicidad*. El mismo documenta reiteradas violaciones a los derechos humanos de mujeres usuarias de los servicios públicos de salud a partir de testimonios y entrevistas colectivas y es uno de los pocos que registra desgarradores casos de violaciones sexuales de mujeres en el entorno de las instituciones de salud. Hay un segundo reporte del CLADEM (1999) que recoge las violaciones al derecho a una decisión libre e informada acerca de su salud reproductiva y la libre decisión para una ligadura tubaria. En Perú se llevó adelante un juicio contra el ex presidente Alberto Fujimori con la denuncia de haber llevado adelante una estrategia denunciada como etnocidio con la complicidad necesaria de profesionales de la salud.

Alejandra López Gómez y Roberto Castro (2010) han compilado una serie de trabajos que reflexionan el origen social de las resistencias que oponen diversas instancias de poder -en particular, aunque no solamente, las instituciones de salud y sus prestadores de servicios- frente a los procesos de apropiación y subjetivación de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres. Se presentan allí resultados de trabajos de investigación de algunas personas con importante trayectoria en estos temas como Lilia Blima Schraiber, el mismo Roberto Castro, Joaquina Erviti entre otros/as que entrelazan un abordaje teórico multidisciplinario pero a la vez con investigación empírica. De un modo reflexivo ponen en cuestión el poder de la medicina.

En la línea referida a la sociología y antropología de la salud se encuentra la mayor cantidad de investigaciones. Según Michelle Sadler (2003) fue recién en la década del 70 en donde surge la antropología del parto con la publicación de *Birth in Four Cultures* de Brigitte Jordan, en 1978, que permitió poner la atención antropológica en este tópico impulsando la investigación etnográfica. La aproximación biosocial de Jordan reconoce la función biológica universal de las mujeres y la matriz socio-cultural específica de cada una de las cuatro culturas exploradas. Y dejó claro que la exportación de la biomedicina a distintos lugares del mundo, estaba causando serios daños en los sistemas indígenas tradicionales. A este trabajo le siguen los de Davis-Floyd y Sargent (1996, 1997) que señalan las distinciones entre los partos centrados en una mirada tecnocrática y aquellos otros que consideran como humanizados.

Rastreando orígenes del tratamiento del tema en nuestro país, se destaca un libro de Silvina Ramos (1983) que de alguna manera es pionero y en donde la autora recupera y analiza experiencias de maternidad con mujeres de sectores populares en la ciudad de Buenos Aires. Cuando se refiere a los partos hospitalarios, menciona la violencia que sufren las mujeres y las prácticas invasivas a las que se las somete sin su consentimiento.

Veinte años después, Patricia Arenas, Rosa Isac y Luisa Vivanco (2003) llevaron adelante una investigación que se denominó *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. El propósito ha sido analizar la vinculación que existe entre violencia institucional- género- salud, dando cuenta de diferentes expresiones de la violencia en el proceso de atención de las mujeres que asisten a esta Maternidad. Luego este trabajo tuvo continuidad en Santiago del Estero, con un grupo de trabajo conformado también por Patricia Arenas y Rosa Isac, al cual me sumo. Nos propusimos describir las relaciones de poder y subordinación- violencia que se establecen durante la atención de la salud de mujeres en el espacio de una institución hospitalaria, desde la perspectiva de género y los derechos de las mujeres. Con una mirada puesta particularmente en las experiencias de las mujeres (Canevari, 2011). Como una continuidad a esta investigación conformamos un equipo junto a Julieta Arosteguy, Natalia Righetti y Clara Vallejos (2014) y trabajamos en un estudio en el Gran Buenos Aires, para identificar las prácticas que constituyen violencia obstétrica según la definición dada por la Ley Nacional N° 26.485, tanto desde la perspectiva de las y los profesionales de la salud como del público usuario de los servicios de salud; reconocer factores especialmente institucionales, que pueden actuar como incentivos o desincentivos para la violencia y postular estrategias para prevenir y erradicar las prácticas que la sostienen.

Valeria Fornes (2009) ofrece una mirada antropológica sobre el parto. Tiene un trabajo sobre las prácticas cortantes (episiotomía y cesárea) en la obstetricia indagando las razones y las tensiones que éstas generan. Las considera como heridas deliberadas de la cultura en tanto que son intervenciones sobre la naturaleza y las interpreta como rituales que la medicina aplica como

modo de control social. En otro trabajo (Fornes, 2010) explora respecto de las tensiones y convergencias que existen entre los diferentes discursos y prácticas que sostienen y dan cuerpo al llamado movimiento por la humanización del parto en Argentina, brindando una aproximación a los diversos –y divergentes- sentidos con los que se usa el concepto de “humanización”. Finalmente Valeria Fornés (2011) explora el parto domiciliario y las significaciones políticas del mismo considerando los derroteros de las mujeres que toman la decisión de dar a luz a sus hijas e hijos fuera del ámbito institucional.

Recientemente (2016) Sabrina Soledad Yañez,⁷ defendió su tesis de doctorado "De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001 - 2013)" en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en la orientación Antropología. Ella se propuso explorar la relación entre maternidad como institución y maternidad como experiencia partiendo de ciertos supuestos de sentido: que a pesar de los avances en cuanto a derechos y tecnologías, persiste un desfase entre la significación social de la maternidad -la institución de la maternidad- y las experiencias de las mujeres, y que este desfase tiene consecuencias para las posibilidades de autonomía de las mujeres.

Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014) en una publicación reciente, recuperan veinticinco años de investigaciones sobre violencia obstétrica y donde plantean un debate necesario, cuestionando algunos trabajos en México que proponen conceptualizarla como un problema de ética y calidad de atención (Villanueva Egan, 2010). Plantean que de esta manera se relativiza la gravedad del fenómeno que queda atrapado en las lógicas del propio campo médico, apartándose de los argumentos que plantean que se trata de violaciones a los derechos humanos. Susana Rostagnol y Mariana Viera (2006) en el Hospital Pereira Rossell en Montevideo analizaron las distintas instancias y formas en que se actualizan los derechos humanos en el proceso de atención en salud sexual y reproductiva en el Hospital de la Mujer (Centro Hospitalario Pereira Rossell) en Montevideo. Plantean la necesidad de la existencia de mecanismos habilitantes y la consideración de las personas como sujetos morales a fin de que puedan alcanzar la titularidad de sus derechos.

Maribel Blázquez Rodríguez (2010) realiza un estudio etnográfico sobre la atención sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio en Madrid. Muestra por un lado el funcionamiento de la atención sanitaria y por otro lado se propone detectar cómo se gestan y circulan las ideologías y prácticas de género que permiten a las mujeres decidir sobre sus cuerpos durante el embarazo, parto y puerperio. Michelle Sadler (2003) se propone, también desde una perspectiva antropológica develar los mecanismos y condiciones organizativas, materiales e ideológicas que hacen posible que tanto los/as prestadores de servicios de salud, como los/as usuarios/as del sistema encuentren como naturales y legítimas las relaciones de dominación que se mantienen.

⁷ Su Directora y Consejera de estudios ha sido Mónica Tarducci

En Brasil Carmen Tornquist (2002, 2003, 2004) trabaja problematizando sobre el parto "humanizado" y se interroga sobre si esa denominación efectivamente introduce transformaciones en las maneras de comprender la maternidad. Además estudia a los movimientos sociales que adhieren al ideario de la humanización, sus tensiones internas, sus propuestas innovadoras en términos de la asistencia al parto, las acciones que llevan adelante y su relación con el feminismo. Y si estas propuestas de la humanización contribuyen de alguna manera en modificar las representaciones de género y los modelos hegemónicos de familia.

También en Brasil un estudio realizado en el año 2011 por la Fundación Perseu Abramo da cuenta que un 25% de las mujeres reconocen haber sufrido algún tipo de violencia durante el parto. El mismo caracterizó como violencia contra las mujeres durante el nacimiento al acoso sexual, las agresiones físicas, o psicológicas, humillaciones, negligencia, exámenes físicos dolorosos o la falta de información sobre los procedimientos. También en Brasil, D'Oliveira, Diniz y Schraiber (2002) describen cuatro tipos de violencia: negligencia, violencia verbal (incluyendo un tratamiento descortés, amenazas, gritos y humillación), la violencia física (considerada también como la no utilización de medicación analgésica cuando está indicada) y el abuso sexual.

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

Por último señalamos el lineamiento de investigaciones que surgen dentro de la comunidad médica. Marbella Camacaro Cuevas (2000, 2005, 2009, 2012) ha trabajado sobre violencia contra las mujeres en instituciones sanitarias y particularmente en relación a los procesos reproductivos en Venezuela y busca deconstruir el lenguaje de la obstetricia desde una perspectiva de género. Denuncia la medicalización creciente del parto y las prácticas médicas intervencionistas. Sara Yaneth Fernández Moreno en México (2002) analizó la violencia de género presente en las instituciones de salud y ejercida al interior de los servicios de la Red Pública de atención hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en México (2002). Priscila Badillo Romero (2015) trabaja en Santiago del Estero, sobre los obstáculos institucionales y personales de los/as profesionales obstétricos para incorporar la posibilidad de ofrecer a las mujeres la alternativa de un parto en cuclillas.

El camino que algunas corrientes proponen para salir de la medicalización y la tecnocracia biomédica es recuperar y reforzar la vinculación de las mujeres con la naturaleza. Estos movimientos trabajan con la idea de las mujeres y sus hijos/as como pertenecientes a la clase de mamíferos que han perdido de alguna manera sus *instintos*. Un médico francés, Michel Odent (2009, 2002) lidera fuertes críticas a la medicina intervencionista durante el nacimiento y ha impulsado la formación de doulas, que son mujeres cuya única condición habilitante para ejercer la tarea es que hayan tenido un parto y así acompañan a otras mujeres en el proceso del parto. Con una perspectiva diferente, más vinculada a la Salud Pública Marsden Wagner (1998, 2000, 2006) también critica a la medicina obstétrica, explayándose en las consecuencias que tienen las prácticas medicalizantes e invasivas sobre la salud de las mujeres y sus hijos/as. En otro artículo en la revista Lancet (1995) denuncia que se ha reinstalado una nueva persecución a las brujas dirigida ahora hacia las parteras por parte de la medicina.

Hay numerosos movimientos de *humanización* del parto en América latina, donde posiblemente la referencia de mayor trayectoria es la de Brasil en donde hace treinta años, se llegó a un acuerdo que quedó expresado en la declaración de Fortaleza⁸ (OMS, 1985). Sin embargo este concepto (el de humanización) carece aún de delimitaciones claras que es necesario poner en debate. En nuestro país hay varias redes conformadas con el objetivo de buscar una transformación de las prácticas para humanizarlas.

Más allá de las propuestas de solución, hay una mirada del problema compartida. Todos estos trabajos apuntan a señalar que las historias relatadas por las mujeres se repiten y en los hospitales públicos (y también privados) aparece una reiterada vulneración de los derechos de las mujeres. Esto permite estimar la ubicuidad del fenómeno que parece estar presente en múltiples espacios donde se traban estas relaciones.

3. Abordaje metodológico, el autoanálisis y la reflexividad

Esta es una tesis de la madurez y cabe entonces señalar brevemente el proceso personal que hace posible comprender el camino recorrido hasta el presente trabajo. Mi acercamiento a los derechos sexuales y reproductivos comienza hace más de dos décadas y surge de una motivación que articula los vínculos con el mundo campesino santiaguense, el feminismo y sin duda, mi propia formación profesional asociada a las ciencias de la salud. La enfermería primero y el feminismo posteriormente, han sido una combinación de la cual emergen múltiples subalternidades que van quedando develadas en el propio camino de autorreconocimiento.

⁸ Ver anexo N°4.

Tal como lo he planteado en mi tesis de Maestría (2010) mantengo un diálogo con estos temas, que son un debate con Marcelo Canevari -mi padre-, médico pediatra, egresado de la Facultad de Medicina de la UBA en el año 1945. Es posible que perviva en mí una rebelión a estas figuras próximas, familiares, masculinas y afectivas, pero cargadas de un prestigio médico- patriarcal. Aunque también es mi padre quien me transmitió una actitud crítica ante la realidad en general y la medicina en particular.

El tránsito disciplinar propio se puede caracterizar como de permanente búsqueda para la comprensión de estas subalternidades. Porque comencé estudiando enfermería en la UBA en el momento del terror del país (1979), en donde el sentimiento de un importante sector de la sociedad era la presencia de una bota militar aplastando libertades. He pensado que esta elección fue un modo de ocultamiento, de mostrarme pequeña ante los ojos del poder. Luego dejé mi territorio porteño y me trasladé a Forres, un pueblo pequeño de Santiago del Estero. Un segundo ocultamiento, aunque ya más consciente de una decisión que me convertiría en santiagueña por opción y adopción hace 30 años. Las rebeldías son consecuencia de estos cruces de subalternidades: profesionales, de provenir del interior pero fundamentalmente por haber nacido mujer. La militancia social se transformó en activismo feminista, como le oí decir una vez a la querida Susana Chiarotti, *el feminismo nos salvó*. En el sentido de que posibilitó un espacio de resignificación de tránsitos posibles hacia los deseos para trabajar por un mundo más justo.

Conocer el mundo rural y mi amistad con las campesinas que acompañó este proceso, sumó otro elemento que puso en evidencia el racismo instalado socialmente y sostenido en las prácticas médicas. A lo largo de la tesis el sexismo y el racismo son (también) transversales para la comprensión de las múltiples violencias y el reconocimiento de que ambos fenómenos son parte de una experiencia personal.

El primer trabajo que me aproxima al tema es una investigación con comunidades rurales del Departamento Figueroa en Santiago del Estero a mediados de los '90. La experiencia de trabajo desde una ONG y la Universidad con mujeres campesinas en territorios aislados, me acercó a la pregunta de las motivaciones que tenían ellas al momento de tomar la decisión de elegir el lugar del parto. En toda la provincia de Santiago del Estero en el año 1990 el 25% de los partos eran domiciliarios y en la zona del estudio el 54% ocurría en el hogar de la mujer. Este hecho estaba asociado a la presencia de parteras del campo que contaban con prestigio, respeto y aprecio en las comunidades. Doña Peti (partera) me relataba que una vez se había quedado 15 días en la casa de una familia que vivía alejada y allí permaneció hasta que ocurrió el parto, ella se refería a los/las niños/as nacidos bajo su cuidado, como *mis hijos/as*. Entonces la mayoría de las mujeres que preferían que el nacimiento de su hijo/a ocurra en el domicilio, lo hacía por la confianza que tenían hacia las parteras, pero además sintiendo temor de ir al hospital. Varios de los relatos - aunque uno sólo alcanza para instalar un miedo colectivo- de quienes iban a las maternidades de

la ciudad o al hospital de la zona, desalentaban aquella posibilidad. Beti tuvo sus hermosas mellizas de pelo colorado, en un frío mes de mayo sola en el piso del hospital de la zona sin que nunca llegara un/a profesional médico o Andrónica que había decidido tener su bebé en la ciudad en una clínica privada, cuando va a la consulta el 24 de diciembre el médico le dice que regrese a la casa y que vuelva luego de la navidad. Dani nació esa nochebuena pero sufrió un daño irreversible y convive con una parálisis cerebral. Aunque el domicilio también presenta su contracara, y el bebé de Cesárea murió a los diez días de haber nacido en la casa en medio de convulsiones que estimé por tétanos, pero que no llegó a tener un diagnóstico ni atención médica (Canevari, 1998). Así comencé a conversar con las mujeres sobre las experiencias del parto, así comencé a registrar las situaciones de violencia y de vulneración de derechos en donde se intersectan diferentes miradas para la discriminación. Y hoy luego de casi veinticinco años de aquel trabajo, en esta misma zona, las mujeres jóvenes van al hospital, el parto ha sido institucionalizado y ya casi no hay parteras que ofrezcan el servicio, aunque pervive alguna vecina audaz que interviene ante una emergencia.

Luego de este trabajo y una vez sancionada la Ley nacional de salud sexual y procreación responsable (2003) me incliné al monitoreo del cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en los servicios públicos de salud, en articulación con el Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales⁹ (CONDERS). Y los obstáculos más resistentes a los cambios señalaban a los prejuicios de los/as profesionales que trabajan en los servicios de salud que se expresan en prácticas discriminatorias y en ocasiones violentas.

Un tercer momento es cuando a partir del año 2006 comienzo a acercarme a la problemática de la violencia contra las mujeres y en particular durante el parto institucionalizado y en la atención de los procesos de interrupción de un embarazo. Desde entonces comienza un proceso de inmersión en el tema con una dinámica de acercamientos y distanciamientos reflexivos que apuntan a la comprensión de esta relación entre las mujeres y la medicina en tanto relación de poder, el espacio histórico - social en el que opera y los hábitos que la sostienen. Son muchos años manteniendo un diálogo con el problema de la violencia contra las mujeres durante sus experiencias en los servicios de salud. Lecturas, conversaciones, observaciones, indagaciones, navegaciones y escritura han acompañado este proceso que se enmarca dentro de la antropología feminista.

Esta tesis se plantea en dos partes que apuntan al mismo objeto pero con abordajes metodológicos bien diferentes, una como análisis de contexto y la segunda como un tránsito por las dinámicas hospitalarias. La primera parte busca situar al objeto a partir de un diálogo con el contexto histórico estructural a modo de genealogía, a donde recorro a diversos/as autores/as y fuentes para comprender el proceso a partir del cual el patriarcado y el capitalismo como

⁹ Durante varios años (2003-2008) se produjeron informes de los monitoreos realizados en diferentes provincias del país y que fueran publicados en la página que actualmente se encuentra alojada en: www.conders.feim.org.ar

estructuras sociales que perduran temporalmente se entrelazan de manera particular en el caso de la medicina y las violencias que allí visualizamos. Me permito aquí algunos recortes históricos que son arbitrarios, pero que persiguen el objetivo de situar al objeto y comprender una historia larga que transcurre en diversos espacios geográficos.

La segunda parte son los diálogos en el campo y caben señalar dos instancias de trabajo de campo intenso. La primera en una maternidad pública de Santiago del Estero (2006- 2009) y otra en una maternidad pública del Gran Buenos Aires (2013-2014). En ambos momentos la estrategia metodológica se ha basado en la etnografía combinando una multiplicidad de fuentes (textos, voces) y herramientas. En estas instituciones se hicieron observaciones repetidas en la sala de partos, parto y puérperas.

En la MSE se hizo una aproximación progresiva, con observación etnográfica, en reiteradas visitas al Hospital, entrevistas individuales a profesionales y a mujeres que fueron atendidas en el hospital, dos grupos focales con mujeres en un barrio de la Ciudad Capital y grupos focales con cada disciplina de profesionales (dos grupos focales con médicos/as residentes, uno con obstétricas/os, uno con residentes de obstetricia y uno con enfermeros/as). Para la selección y el contacto, con las mujeres a entrevistar se establecieron alianzas con personal obstétrico que hacen seguimiento a las embarazadas y puérperas en las UPAS (Unidades Periféricas de Atención, de la Ciudad Capital). Se hicieron entrevistas individuales a dos funcionarios, 13 entrevistas a mujeres que fueron atendidas en el hospital por un parto y por pedido de ligadura tubaria. También entrevistamos a una mujer que solicitó un aborto no punible por una enfermedad renal grave y recuperamos el relato de dos casos más de ANP que acompañamos como activistas de la Campaña por el aborto legal, seguro y gratuito.

En la MGBA realizamos 12 entrevistas y grupos focales a profesionales de la salud; 14 entrevistas individuales y grupales a funcionarias/os; 15 entrevistas individuales y grupales grabadas a mujeres y sus familiares, sin mencionar los numerosos intercambios no grabados. Se trabajó en un grupo focal con mujeres que tenían sus hijos/as internados/as en neonatología. Realizamos más de 25 observaciones de campo (contando jornadas de lactancia materna, jornadas de violencia obstétrica, visitas a hospitales, a usuarias fuera del hospital, gestiones de ingreso a las instituciones y encuentros con organizaciones de la sociedad civil, entre otras). Sumamos a esto un registro fotográfico, datos estadísticos obtenidos en las instituciones, material periodístico y 185 encuestas para medir el grado de percepción de la violencia frente a determinadas prácticas, realizadas a médicos/as y obstétricas/os en diferentes instituciones del país. Esta encuesta estuvo destinada a indagar sobre cómo dimensionan los/as profesionales de la salud la violencia obstétrica, y fue diseñada y aplicada en colaboración entre la CONSAVIG y FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia)¹⁰.

¹⁰Ver Anexo N°1 con el detalle de las entrevistas realizadas en ambos trabajos de campo.

Salvo alguna excepción todas las entrevistas fueron grabadas. Los registros de estos trabajos de campo constituyen un corpus de observaciones y desgrabaciones de entrevistas de unas 800 páginas. Para analizar el caso de las mujeres atendidas en instituciones privadas, a quienes se les realiza una cesárea, se analizan sus relatos expuestos en una red electrónica (Facebook) en nuestro país.

Transito por dos territorios diferentes en cuanto a sus características geohistóricas y políticas, y el intento es poner en diálogo las realidades institucionales y confirmar supuestos respecto a mi objeto de estudio, que tal como he afirmado, contiene aspectos que cruzan múltiples fronteras. Son dos experiencias de campo en un lapso de diez años, que recuperan escenas y voces que me permiten estimar algunas comparaciones.

El contexto de realización en Santiago del Estero fue un proyecto de investigación denominado *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*, institucionalizado y financiado por el Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (23/D081). La dirección del mismo estuvo a cargo de Patricia Arenas, siendo yo la codirectora, y Rosa Isac y María de los Ángeles Carreras, las integrantes. Este equipo de trabajo, que se sostuvo durante estos años, se amplió en número de integrantes y en líneas de investigación, y se conformó en un Grupo de trabajo en el INDES (Instituto de Estudios para el Desarrollo Social) denominado Géneros, política y derechos. La dinámica establecida, se ha basado en la construcción de vínculos de trabajo y amistad estrechos, logrando también un espacio de contención necesaria. En el marco de esta investigación hice mi tesis de la Maestría Sociedad y poder desde la problemática de Género en la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, con la dirección de Mónica Tarducci. El título de la misma fue *Cuerpos y culpas, enajenación y tutelaje: violencia contra las mujeres en el proceso de atención del nacimiento* y fue defendida y aprobada (con nota de 10 y recomendación de publicación) en diciembre del 2010. Luego ha sido adaptada y publicada con el nombre *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Cabe señalar que este trabajo realizado en Santiago del Estero, ha tenido revisitas, y entrevistas con el objetivo de monitorear si los hallazgos de años anteriores mantienen vigencia.

Como docente de la Carrera de la Licenciatura en Obstetricia (FHCSyS-UNSE), mantengo un vínculo permanente con estudiantes y egresados/as que circulan por los hospitales y las conversaciones con ellas y ellos, sus experiencias en las prácticas profesionales, sus miradas e interpretaciones han sido fuente de información, debate y profundización de estos temas. En este diálogo además se pone en evidencia las contradicciones de aquello que se enseña en el aula y la realidad que encuentran al llegar a la práctica.

Posteriormente me acercan la propuesta para hacer un estudio multicéntrico sobre este tema en el Gran Buenos Aires. Es así que integramos un equipo de trabajo con Julieta Arosteguy,

Natalia Righetti y Clara Vallejos, con mi coordinación. También colaboraron Edurne Cárdenas y María Fernanda Sabio. El proyecto fue aprobado por la Comisión Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación que otorgó una Beca Carrillo - Oñativia y lo llevamos adelante entre los años 2013 y 2014. Los objetivos que se propuso este estudio fueron los de identificar las prácticas que constituyen violencia obstétrica según la definición dada por la Ley Nacional N° 26.485, tanto desde la perspectiva de las y los profesionales de la salud como del público usuario de los servicios de salud; reconocer dispositivos, especialmente institucionales, que pueden actuar como incentivos o desincentivos para la violencia y postular estrategias para prevenir y erradicar las prácticas que la sostienen. Los resultados fueron expuestos en el hospital donde nos brindaron la apertura y nos permitieron transitar.

Mi participación como integrante de la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género), particularmente en la subcomisión que se ocupa de la violencia obstétrica (entre 2013 y 2015), me permitió otro acercamiento al tema, con espacios de intercambio con profesionales preocupados/as por transformar la realidad. Allí el desafío ha sido encontrar caminos para la intervención cuando las mujeres denuncian, con un marco legal carente de sanciones.

El abordaje de un problema social como es la violencia, que porta una carga simbólica densa, ha estado impregnando todas las experiencias de trabajo de campo y de intercambios en los equipos. Porque hablar de la violencia es inquietante, para quien la estudia, para quien escribe, para quienes leen, para quienes la viven, para quienes la ejercen cuando la hacen conciente. Aunque hablar de la violencia remite a experiencias de la vida que son traumáticas, uno de los facilitadores del trabajo de campo ha sido que las mujeres en su gran mayoría desean hablar sobre la vivencia de su parto. Es una marca indeleble en sus vidas, es un antes y un después, con una enorme significación para ellas. Basta con abrir una pregunta y cualquier mujer de distintos espacios sociales, se dispone a hacer el relato.

Pero si bien la violencia está delante de nuestros ojos es frecuente que tengamos dificultades para verla porque escapa a la conciencia, es invisible porque está naturalizada, convivimos con ella, es cotidiana. El interactuar con la idea de violencia, me llevó a situaciones desestructurantes, a interpelaciones profundas, a cuestionamientos sobre la postura ética en tanto investigadora y feminista, despertó deseos reaccionar *con violencia*, de buscar por medios periodísticos o legales, interponer acciones que permitan finalmente, que se garanticen los derechos de las mujeres.

Recuerdo con particular intensidad salir del hospital (HSE) luego de conversar con un grupo de médicos/as residentes que reconocieron con cierta impunidad que hacían legrados sin antestesia, llegar a la vereda con sensación de náuseas y malestar físico. Estar en esa actitud de escucha atenta y preguntarnos qué lugar ocupábamos en ese espacio, revisar la tarea, reconocer que se asumía un lugar de abogadas defensoras o juezas guardianas de los derechos. La violencia

ha movilizado elementos del inconsciente *que juega sus juegos* y que hace necesario una instancia de vigilancia epistemológica y reflexividad.

Es Pierre Bourdieu (1984) quien plantea que para acercarse a la realidad social, los/las científicos/as, debemos comenzar con un proceso de autoanálisis que posibilite *controlar el objeto*, para tener presente que los puntos de vista de *los otros o las otras* que estudiamos, no provengan de nuestra posición en el campo social o científico. La antropología a su vez ha desarrollado este concepto como *reflexividad* con importantes aportes, que proponen analizar la dinámica de la relación entre el investigador y su objeto de estudio en el trabajo de campo, considerando que quien investiga es un instrumento para el conocimiento (Guber, 2001; Ghasarian, 2008).

El autoanálisis remite a la famosa premisa que estaba en la entrada de la ciudad de Delfos: *Conócete a ti mismo*. Conocerse a sí mismo/a reconociendo que el mayor riesgo es no saber que no se sabe. Conocerse para conocer al/ otro/a; y en este caso al objeto de estudio. Tomando a su vez cierta distancia de una posible confesión intimista e intentando una reflexión que permita ver aquello que consciente o inconscientemente compromete las prácticas e interpretaciones para luego compartirlas dentro de la comunidad académica.

La reflexividad como dinámica para la investigación, permite reconocer al/a investigador/a como instrumento de la misma. La reflexividad en relación con la historia personal y subjetividades y también en relación con las cuestiones teóricas y políticas implicadas en la investigación. A su vez la reflexividad de los/las sujetos/as con quienes se piensa el objeto y las dificultades que se presentan para poder comprender/ justificar a los/las victimarios/as. De hecho existe una relación de compromiso con la problemática y afectiva con las mujeres víctimas de violencia.

Es así que la elección del tema objeto de estudio, está vinculada necesariamente al hecho de ser mujer, reconociendo la propia subordinación ante el modelo médico, fundamentalmente a partir de la experiencia de la maternidad, que más allá de las diferencias de clase, comparte una vivencia similar. Es así que en tanto mujer y madre hay una cercanía con las experiencias de las mujeres (insider) y en tanto investigadora/ profesional/ intelectual/ académica, hay una distancia de las condiciones de pobreza y subalternidad de las mujeres y una mayor proximidad con los/las profesionales (outsider).

Otro aspecto para comprender este análisis es la falsedad de la dicotomía entre la objetividad y la subjetividad (científica). Solamente poniendo en juego las propias subjetividades, haciéndolas conscientes es que podemos aspirar a la construcción de la necesaria objetividad. Aún cuando la misma pueda resultar imperfecta. La idea es pensar sobre los modos de objetivación (o no) en la relación entre una en tanto sujeta, con el objeto estudiado (la violencia obstétrica) y en la relación con los sujetos y las sujetas con quienes se establecieron vínculos para pensar juntas/os respecto de este objeto. La búsqueda de la objetividad es permanente aunque parezca infructuosa. Porque

además ¿qué papel juega la objetividad en una investigación sobre violencia contra las mujeres? ¿cómo operan las propias subjetividades como investigadora al enfrentar la realidad de la violencia?

Al estudiar las relaciones en un contexto institucional, he observado y escuchado de manera dialógica a los/las profesionales y a las mujeres. La búsqueda fue interpretar/ comprender las lógicas que unos/as y otras sostienen en su accionar. El entrar en esas lógicas ha llevado a un posicionamiento del lado de las víctimas. Como feminista no puedo dejar de ver el fenómeno de la violencia en tanto forma de relaciones dentro de la sociedad patriarcal. No como personas objetivas observando el objeto (la violencia) sino como sujetas en diálogo con sujetos/as. Tanto en el trabajo de campo, como en las etapas de transcripción/ interpretación/ escritura. Lo vivido permea lo escrito.

Tal como propone Mari Luz Esteban (2004:3) es hacer consciente y explícita la interconexión entre la experiencia corporal propia y la investigación, aquello que queda expresado en el concepto de antropología encarnada, con un ejercicio que apunta en dos sentidos, el del autoanálisis con "la pertinencia de partir de una misma para entender a los/as otros/as, sobre todo cuando "se ha pasado por las mismas cosas" y en segundo lugar un articulado con el análisis desde el concepto de embodiment de corporización, conflictual, interactiva y resistente de los ideales sociales y culturales, un concepto que integra muy bien la tensión entre el cuerpo individual, social y político".

La objetivación es una tarea de distancia, acercamiento, autoanálisis, construcción y reconstrucción permanente. La búsqueda de una complementación entre la tarea científica y los compromisos feministas, se expresan en las elecciones de abordar temas sensibles y conflictivos para la vida de las mujeres. La misma es también denuncia, la intención de cambio social y la deconstrucción de prácticas sociales naturalizadas. Porque un objetivo prioritario de la producción científica es contribuir a mejorar el mundo y la calidad de vida de sus habitantes, a través del conocimiento del mismo y su transformación. Siendo que la problemática abordada, pone en evidencia mecanismos de dominación en la relación entre las personas con diferentes capitales y los desnaturaliza, la transformación se espera que sea una consecuencia lógica, aunque no obligadamente. Este objetivo contiene necesariamente una intencionalidad ideológica y política del quehacer científico. La pretensión es que en vez de transformar la subjetividad en un elemento no deseado de la producción científica, ésta se transforme en un punto de partida de la actividad intelectual (Arenas et al, 2005).

Esta es una investigación feminista en tanto perspectiva crítica que denuncia un orden patriarcal basado en una racionalidad masculina. Estas investigaciones que son ideológicas y políticas, cuestionan otra falsa dicotomía; la planteada entre epistemología y política. Una ética feminista interpela y pone en marcha la búsqueda de transformaciones. La propuesta es visibilizar, desnaturalizar, confiando que a partir de ese proceso, se invite a una reflexión sobre las prácticas.

Esto no significa que no se vean las condiciones de trabajo y la violencia que viven los/as profesionales en tanto victimarios y víctimas. También las tensiones que se generan entre lo instituyente y lo instituido, entre aquellas personas que impulsan transformaciones y aquellas que se resisten.

La perspectiva feminista hace un aporte para clarificar las relaciones sociales y sus componentes de poder. De cualquier modo considero necesario sostener una vigilancia epistemológica para evitar la guetificación del objeto de estudio, recurriendo a diferentes miradas que enriquezcan aquello que nos ocupa.

Como corolario, a fines de agosto del 2015, viajo a Buenos Aires para asistir a una reunión y de paso entregar el Plan de Tesis que estaba casi listo aunque antes quería reunirme con Mónica, directora y consejera. Un lunes comienzo con un dolor abdominal intenso que termina en una cirugía por una apendicitis aguda. Pasé sin haberlo planeado por un Hospital privado de bastante renombre y prestigio de la CABA y estuve allí tres días que inevitablemente se hicieron autoetnografía, y me permitieron confirmar en primera persona algunos de los temas que emergen de otras tantas observaciones y entrevistas. Allí se borraron las fronteras entre observadora y objeto de estudio. Días de reflexión, negociación, enojos y resignación que se irán entremezclando en este texto. Y sigo pensando sobre la ubicuidad del fenómeno de la violencia en los servicios de salud. No solo la obstétrica que es la que nos ocupa ahora.

4. Presentación de la organización general de la tesis

Esta tesis se organiza en una introducción, tres partes y seis capítulos. Cada una de las partes y sus capítulos respectivos se sostienen por un hilo lógico y metodológico que es el diálogo, comprendiendo que todo proceso de investigación contiene diversas instancias de conversación con autoras, autores, con interlocutoras/es en el campo, con lo observado y percibido, pero también con colegas, amigos/as y con una misma.

La estructura lógica sobre la que se sostiene transita desde un análisis del contexto histórico y del orden de la colonialidad del poder y los modos en que este proceso emerge en las estructuras médicas y su funcionamiento.

En la introducción ha quedado expresada la tesis a sostener. El propósito de esta tesis es el análisis de las relaciones que se establecen entre las mujeres que asisten a una maternidad pública en búsqueda de respuesta a sus eventos reproductivos, y el equipo de salud. Para esto se presentó como un imperativo necesario una contextualización histórica, geopolítica y epistemológica de la medicina, explorando sobre los cimientos patriarcales, racistas y misóginos sobre los que se

asienta su accionar, analizando procesos que parecen de larga duración.

Para dar cuenta del estado de la cuestión se ha hecho un recorrido de los principales trabajos referidos particularmente a la violencia obstétrica en Latinoamérica y España. En Brasil y Argentina hay algunos antecedentes que dan un marco de evidencias empíricas que de alguna manera dan cuenta de la ubicuidad del fenómeno. En este apartado se presentan a su vez, las estrategias metodológicas y los fundamentos desde la epistemología feminista con una reflexión sobre su contenido político y de transformación de la vida social.

La primera parte consta de tres capítulos trabajados a modo de ensayos con un enfoque desde el feminismo crítico y las teorías de la colonialidad del poder de Aníbal Quijano que abren la posibilidad de un diálogo en primer lugar con el contexto histórico estructural. Estos tres capítulos fueron escritos/ pensados con posterioridad al haber realizado los trabajos etnográficos en las instituciones hospitalarias porque quedaban numerosas preguntas sin posibilidad de respuesta y comencé estos rastreos que de algún modo me permitieron una mejor comprensión del objeto.

En el primer capítulo revisitamos el proceso de la acumulación originaria desde la perspectiva de Silvia Federici, intentando comprender en los intereses puestos en la dominación (y domesticación) de las mujeres para la instalación de un nuevo orden económico y social. El segundo capítulo se analizan los marcos legales vigentes y las tensiones que resultan de los avances legales y su reiterado incumplimiento por parte de agentes del Estado. Se pone en debate el accionar del feminismo para el alcance de las leyes y los enormes obstáculos para efectivizar su cumplimiento. Esta primera parte concluye con un tercer capítulo que traza un diálogo con las ciencias médicas, algunos de sus presupuestos epistemológicos y analizando el esfuerzo de instalar sus intereses colonizadores a través de la medicalización, la construcción de necesidades y el sentimiento de riesgo. Finalmente este capítulo concluye con la presentación de tres modelos de atención del nacimiento desde la perspectiva de Robbie Davis- Floyd.

La segunda parte tiene también tres capítulos y son los diálogos etnográficos que en su mayoría transcurren como ya dije en dos maternidades (MSE y MGBA), pero también se recurre a otras fuentes para las indagaciones. Se ingresa aquí al mundo hospitalario y se analizan las experiencias de las mujeres en tránsito obstétrico y sus familias. El cuarto capítulo y primero de esta parte, describe los dispositivos de poder arquitectónicos y funcionales, además de algunas dinámicas de la vida hospitalaria, y diversos despojos que viven las mujeres en su experiencia institucional. Luego en el quinto se profundizan algunas de las experiencias en donde la desigualdad y las violencias se tornan más visibles y hasta contundentes. Desde la sutileza de un interrogatorio al pasar hasta la muerte por abandono de persona. En un último apartado se problematiza sobre el crecimiento de las cesáreas como una imposición de la medicina, que podemos interpretar también como colonialidad del poder médico. Finalmente en el sexto capítulo se trabaja a la medicina en sus aspectos relacionados a las asociaciones masculinas, que en

ocasiones operan como corporaciones. También reflexionamos aquí sobre la violencia que acompaña el proceso de formación de los/as profesionales de la medicina.

La tercera parte contiene las conclusiones en donde se recuperan algunos emergentes de la tesis y además se trazan algunas claves para pensar en políticas destinadas a revertir la violencia institucional. El papel del feminismo con su creciente visibilidad y conquista de las calles, las aulas, los sindicatos, los medios, las redes, en la demanda de poner freno a las violencias patriarcales, es un camino en la necesidad de recuperar los vínculos diversos que ha cortado el capitalismo patriarcal.

Primera parte.
Diálogos con el contexto histórico
estructural

Capítulo I

El feliz matrimonio entre capitalismo y patriarcado (bendecido por la iglesia)

Este primer capítulo tiene por objetivo situar el objeto en un contexto geohistórico, tomando como referencia a la teoría de la colonialidad del poder de Anibal Quijano, (2000) que explica el proceso de un reordenamiento geopolítico y económico mundial que ocurre a partir del encuentro entre España y los territorios de sudamérica. Este momento marca un hito en el que surge asimismo la idea de raza y el racismo que configura un orden de jerarquías de poder que perdura hasta la actualidad. A modo de genealogía histórica se seleccionan algunos hechos que son relevantes para comprender el presente transitando los territorios que denominamos *occidente*. Estos diálogos apuntan a la comprensión del proceso de la transición a la modernidad capitalista y su relación por un lado con la conquista de América o Abya Yala y por el otro con la inquisición, la persecución y quema de las mujeres acusadas de brujería en numerosos casos por ser comadronas. Otro objetivo es también describir desde la perspectiva feminista como se configuraron el orden patriarcal y capitalista, a partir de diversas lecturas.

I.1. El negocio de la salud

Remedios

En diciembre los remedios llegaron a aumentar tres veces, algunos hasta el 25 por ciento de su valor. La especulación con medicamentos es castigada en todo el mundo. En Nueva York, el empresario farmacéutico Martin Shkreli está detenido por especular con los precios de medicamentos para el SIDA y ayer compareció ante un comité de la Cámara de Representantes. Shkreli hizo aumentar el precio de un remedio de 13,50 dólares a 750. Ayer se limitó a sonreír en forma despreciativa sin responder ninguna de las preguntas que le hicieron los diputados.

Pirulo de tapa del Diario Página 12, del 5 de febrero del 2016

Con el objetivo de situar al objeto en un contexto geohistórico, marcaremos como punto de partida - que paradójicamente es dónde hemos llegado- algunos extractos de los Informes de

Oxfam¹¹ del año 2015 y 2016. Los informes muestran el proceso creciente de concentración de la riqueza en el mundo que cada vez está en poder de menos personas a quienes llaman "milmillonarios". Varones en el 90%, de más de cincuenta años que han heredado su fortuna y ahora se dedican a multiplicarla. Y llama la atención que el sector de la economía que ha ofrecido la mayor rentabilidad ha sido la asociada a la salud, con una ganancia anual del orden del 47%. Invertir en laboratorios farmacológicos, tecnologías médicas, en servicios o seguros de atención médica parece ser el mejor negocio en este momento. El ingreso de los procesos de salud-enfermedad- atención como bienes de mercado y no como derecho humano, es una de las claves para la comprensión del fenómeno que nos ocupa.

Entonces si el capitalismo para la acumulación originaria ha avanzado sobre los territorios campesinos y sobre la naturaleza para incrementar su capital, parece claro que en repetidas oportunidades ha ido mutando sus estrategias y en este momento su expansión depende de otros territorios que en este caso son también los cuerpos y sus necesidades (reales o creadas) de acceso a la salud. Para los milmillonarios estas industrias son las más rentables en estos tiempos pero además invierten mucho dinero en hacer lobby en campañas electorales, o en detener por intermedio de juicios o sanciones comerciales, las transformaciones que impulsan los países para producir medicamentos genéricos más económicos y evitar los abusos. Así mantienen el control del mercado y su garantía de éxito

Esto es resultado de un proceso de largo alcance pero que ha crecido de un modo alarmante en las últimas décadas, tanto que Rita Segato lo analiza como un camino de refeudalización, señorío o dueñidad. Porque hablar de desigualdades frente a tamañas concentraciones de capital es insuficiente. Alcanzamos un punto en donde un mínimo puñado de personas son dueños de la vida y la muerte en el planeta, con un poder que tiene una magnitud antes desconocida y que vuelve los ideales de las democracias en una ficción (Segato, 2016). Sobre este proceso haremos un recorrido en este capítulo presentando algunos nudos problemáticos que podrán brindarnos elementos para la comprensión.

Informe Oxfam 2015.

"La riqueza mundial se concentra cada vez más en manos de una pequeña élite. Esta élite rica ha creado y mantenido su vasta fortuna gracias a las actividades que desarrollan por defender sus intereses en un puñado de sectores económicos importantes, como el financiero y el farmacéutico y de atención sanitaria. Las empresas de estos sectores destinan millones de dólares cada año a

¹¹Oxfam es una confederación internacional de 18 organizaciones que trabajan junto a organizaciones socias y comunidades locales en más de 90 países, proporcionando ayuda de emergencia, llevando a cabo proyectos de desarrollo a largo plazo y haciendo campaña por un futuro más justo. Creen que la pobreza no es inevitable sino que es producto de la injusticia. El objetivo es restablecer el equilibrio para que las personas tengan acceso a recursos necesarios para mejorar sus vidas y medios de subsistencia, y para que puedan participar en la toma de las decisiones que afectan a sus vidas. Oxfam fue fundada en 1995 por un grupo de organizaciones no gubernamentales independientes. Su objetivo es trabajar en conjunto para lograr un mayor impacto en la lucha internacional por reducir la pobreza y la injusticia. El nombre "Oxfam" proviene del Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre, fundado en Gran Bretaña en 1942. Publica periódicamente informes sobre la pobreza en el mundo. <https://www.oxfam.org/es>

actividades de lobby dirigidas a favorecer un entorno normativo que proteja y fortalezca aún más sus intereses. En 2014, el 1% más rico poseía el 48% de la riqueza mundial, mientras que el 99% restante debía repartirse el 52%. Prácticamente la totalidad de ese 52% está en manos del 20% más rico de la población mundial, de modo que el 80% restante sólo posee un 5,5% de la riqueza mundial.

En este período, los más ricos de este 1% más, los multimillonarios incluidos en la lista Forbes han acumulado riqueza a un ritmo aún más rápido. En 2010, las 80 personas más ricas del mundo poseían una riqueza neta de 1,3 billones de dólares. En 2014, la riqueza conjunta de las 80 personas que encabezaban la lista Forbes ascendía a 1,9 billones de dólares, lo cual supone un incremento de 600.000 millones de dólares en sólo cuatro años. Mientras tanto, aunque la mitad más pobre de la población mundial incrementó su riqueza total (expresada en dólares estadounidenses) más o menos al mismo ritmo que los multimillonarios entre 2002 y 2010, a partir de ese año su riqueza ha ido reduciéndose.

Actualmente, estas 80 personas poseen la misma riqueza que el 50% más pobre de la población mundial; esto quiere decir que 3.500 millones de personas comparten la misma cantidad de riqueza que estas 80 personas enormemente ricas.

En consecuencia, el número de multimillonarios que poseen la misma riqueza que la mitad más pobre de la población del planeta se ha reducido rápidamente en los últimos cinco años. En 2010, 388 multimillonarios igualaban en riqueza a la mitad más pobre de la población mundial; en 2014, esta cifra se había reducido a tan sólo 80 multimillonarios.

Los multimillonarios son un colectivo fundamentalmente compuesto por hombres de edad madura: el 85% superan los 50 años y el 90% son hombres.

Entre 2013 y 2014, la riqueza que experimentó un mayor incremento fue la conjunta de los multimillonarios que, según la lista, tienen intereses o desarrollan actividades en los sectores farmacéutico y de atención sanitaria. Entre marzo de 2013 y marzo de 2014, 29 personas relacionadas con estos sectores pasaron a engrosar la lista de multimillonarios (mientras que cinco dejaron de aparecer en ella), de modo que el total de multimillonarios con intereses en estos sectores pasó de 66 a 90; así, en 2014 los multimillonarios relacionados con los sectores farmacéutico y de atención sanitaria constituyen el 5% de todos los multimillonarios que aparecen en la lista. El conjunto de la riqueza de los multimillonarios con intereses en estos sectores pasó de 170.000 millones de dólares a 250.000 millones de dólares en el último año, un incremento del 47% y el mayor aumento porcentual de riqueza de todos los sectores incluidos en la lista de Forbes.

En 2013, el sector farmacéutico y de atención sanitaria dedicó más de 487 millones de dólares a actividades de lobby sólo en Estados Unidos, más de lo que invirtió ningún otro sector en este país. Esta cifra constituye un 15% del total de los 3.200 millones de dólares dedicados en ese país a actividades de lobby en 2013.

En 2013, las empresas de los sectores financiero y de seguros dedicaron 550 millones de dólares a influir sobre los responsables políticos sólo de Washington y Bruselas.

Durante el período electoral de 2012, este sector dedicó 260 millones de dólares a realizar contribuciones a las campañas. 22 de los 90 multimillonarios con intereses en el sector farmacéutico y de atención sanitaria son ciudadanos estadounidenses.

La industria farmacéutica y sanitaria dedica al menos 50 millones de dólares anuales a llevar a cabo actividades de lobby en la Unión Europea, donde residen 20 de los 90 multimillonarios que amasaron su fortuna en el sector farmacéutico y que, en conjunto, incrementaron su riqueza en 28.000 millones de dólares el pasado año.

Mientras las empresas farmacéuticas y de salud dedican millones de dólares a actividades de lobby, y las personas vinculadas a dichas empresas ganan también miles de millones, en África Occidental ha estallado una crisis sanitaria. En 2014, el virus del Ébola ha puesto en peligro las vidas y los medios de vida de millones de personas en Guinea, Sierra Leona y Liberia".

Informe Oxfam 2016

"Los derechos de propiedad intelectual se conceden a nivel nacional pero las normativas que los rigen se deciden a nivel mundial. La pertenencia a la Organización Mundial del Comercio (OMC) implica automáticamente que los países suscriben los Aspectos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), que establecen una normativa común para todos los países miembros de la OMC independientemente de su nivel de desarrollo y de las necesidades de su sistema sanitario. Las solicitudes de títulos internacionales de propiedad intelectual no dejan de aumentar, y en 2013 se presentaron 2,57 millones de solicitudes de patente, lo cual supone un incremento del 9% respecto a 2012. La inmensa mayoría de estas solicitudes (el 96%) las presentan solicitantes procedentes de países de renta alta o media-alta, y sólo en la oficina de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual en China se presentaron más de 800.

En el mundo, 90 personas son millonarias gracias a la industria farmacéutica, una de las más rentables del planeta, que protege ferozmente los derechos de propiedad intelectual, especialmente las patentes. Si bien es cierto que el desarrollo de nuevos medicamentos es un proceso que puede requerir mucho tiempo y dinero, parece que los derechos de propiedad intelectual son casi el único incentivo de las empresas farmacéuticas para invertir en investigación y desarrollo. Los derechos de propiedad intelectual impiden que otros fabriquen los mismos fármacos, concediendo a los titulares de los mismos un monopolio de facto y por lo tanto la capacidad de fijar los precios – y, en la práctica, determinar quién puede tener acceso a los medicamentos y quién no. Al crear monopolios, los derechos de propiedad intelectual también generan incentivos para que las empresas farmacéuticas maximicen su beneficio inflando los precios a costa de las personas enfermas y vulnerables. Así, aunque se supone que los derechos de propiedad intelectual estimulan la innovación, en realidad el sistema se mueve por intereses comerciales, y no por el bien la salud pública.

Un flagrante ejemplo de ello es lo ocurrido con el Daraprim (pirimetamina), un medicamento desarrollado hace ya 62 años para tratar la toxoplasmosis, una enfermedad parasitaria mortal; en septiembre de 2015, el precio de este fármaco se incrementó de la noche a la mañana, pasando de 13,50 dólares a 750 dólares por comprimido, después de que la empresa Turing Pharmaceuticals se hiciese con los derechos de comercialización en Estados Unidos de este medicamento esencial. La empresa, dirigida por un antiguo gestor de un fondo de inversión, identificó la oportunidad de obtener mayores beneficios gracias a los derechos exclusivos para la producción de dicho medicamento. No existen pruebas de que Actavis, otra empresa farmacéutica, invierta en I+D, y su creación responde únicamente al objetivo de obtener beneficios del mercado. Hasta la fecha, esta empresa ha generado ingentes beneficios para los inversores, y el valor de su cotización se ha incrementado en un 350% en solo algo más de dos años. Lo cierto es que se ha constatado que las grandes empresas farmacéuticas cada vez arriesgan menos en términos de inversión en I+D; en Estados Unidos, aproximadamente el 75% de los llamados nuevos principios activos calificados como prioritarios (los fármacos más innovadores) deben su existencia a fondos públicos, no a la inversión de las grandes empresas farmacéuticas, que gastan más en marketing que en I+D.

La intensa y exitosa actividad de lobby que llevan a cabo las empresas farmacéuticas para influir sobre los responsables políticos es bien conocida, y a ella dedicaron más de 228 millones de dólares tan sólo en Washington.

Concretamente, sus iniciativas de lobby se centran en ampliar los derechos de propiedad intelectual, tanto en términos de duración de la exclusividad comercial como de ampliar el ámbito de las normas de propiedad intelectual, sirviéndose sobre todo de la presión directa, como la ejercida por Estados Unidos sobre la India para que este país cambiase sus normas de propiedad intelectual, o de los tratados de libre comercio. Asimismo, suelen presionar y movilizarse en contra de las decisiones adoptadas por los Gobiernos en favor de la salud de la ciudadanía. Por ejemplo, cuando en 2006 Tailandia estableció una licencia obligatoria sobre varios medicamentos esenciales, las empresas farmacéuticas ejercieron una fuerte presión para que el país revocara su decisión. Influidos por esta campaña, la Oficina del Representante de Comercio de los Estados Unidos (USTR, por sus siglas en inglés) incluyó a Tailandia en el listado especial 301 de países

que pueden ser objeto de sanciones comerciales, y la Comisión Europea presionó al Gobierno tailandés para que diese marcha atrás en su decisión. Otra empresa farmacéutica, Eli Lilly, ha llevado al Gobierno canadiense a los tribunales por su intento de hacer que los fármacos sean más asequibles.

Las empresas farmacéuticas son esenciales para la salud mundial, pero su fortaleza económica también hace que tengan una influencia excesiva sobre las políticas, incluso más allá de lo relativo al acceso a medicamentos. Pfizer trata constantemente de influir sobre el Gobierno de Estados Unidos en materia de recortes fiscales, alegando que el tipo exigido por el impuesto de sociedades en Estados Unidos hace que no sea competitiva frente a sus competidoras. Pfizer no ha convencido al Gobierno de que rebaje el tipo de este impuesto, pero prevé trasladar sus beneficios a una jurisdicción de baja imposición a través de la adquisición de otra empresa en el extranjero. El reciente anuncio de su fusión con la empresa irlandesa Allergan es un ejemplo de elusión fiscal de las empresas farmacéuticas. Aunque Pfizer es el socio de mayor tamaño en el acuerdo, presenta la fusión como una absorción por parte de la empresa irlandesa, lo que le permitirá trasladar su residencia fiscal a Irlanda y tributar según el tipo del impuesto de sociedades irlandés, mucho más bajo.

En la India, sin embargo, los grupos de pacientes, junto a otras organizaciones de la sociedad civil y al Gobierno, han hecho frente a la influencia de las grandes empresas farmacéuticas priorizando el acceso de la ciudadanía a los medicamentos. Por ejemplo, el Onbrez (indacaterol) podría ayudar a gran parte de los 30 millones de indios que según las estimaciones padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los grupos de presión de pacientes denunciaron que Novartis, la empresa suiza que posee los derechos sobre el medicamento, había importado cantidades muy pequeñas de dicho fármaco a la India. Para satisfacer la demanda, la multinacional india Cipla, con sede en Bombay, empezó a fabricar su propia versión de Onbrez y a venderla a un precio muy inferior al del original. Otra empresa India, Natco, vendía Nexavar (sorafenib), un medicamento para tratar el cáncer renal y de hígado, por sólo 173 dólares mensuales, frente a los 5.500 dólares de la empresa alemana Bayer. Bayer acudió al Tribunal Supremo indio para oponerse a la licencia obligatoria concedida a Natco, pero su recurso fue desestimado en favor de la producción del genérico.

Estos recortes de los informes muestran la complejidad de intereses económicos de estas empresas y su búsqueda de ganancia a cualquier costo¹². Para el crecimiento económico de estos multimillonarios que controlan el mercado del sector salud, las epidemias son oportunidades, con el despliegue del miedo colectivo, y los Estados deben responder con enormes compras de medicamentos o vacunas para su control. Cuando hay un brote de una gripe, la OMS (Organización Mundial de la Salud) declara una pandemia y de esta manera es funcional a los intereses de estos sectores y estas decisiones estratégicas se pueden interpretar como enormes negociados. Los estados son los principales compradores de medicamentos, así que la incorporación de una nueva vacuna en un calendario, o los programas de cobertura para algunas patologías están siendo velados por los intereses de este sector.

El funcionamiento de la OMS ha estado sostenido desde su creación en el año 1948 por los 194 estados parte. Sin embargo en la actualidad recibe financiamiento de laboratorios, empresas y

¹²En una entrevista reciente (febrero 2017) Noam Chomsky dice que la vanguardia de la economía mundial ha virado de la electrónica a la biología y que hoy los grandes laboratorios farmacológicos rapiñan las investigaciones de los estados en la búsqueda de nuevas oportunidades de ganancia. <https://www.youtube.com/watch?v=l-wSNqs3ikU>. Yanis Varoufakis & Noam Chomsky: La Hipocresía Neoliberal.

fundaciones que mantienen vínculos económicos con la salud. La OMS desde hace algunos años explicita sus fuentes de financiamiento. El aporte de los estados que la conforman se ha disminuido proporcionalmente en la medida que han crecido las donaciones de los laboratorios farmacológicos y el de algunas instituciones filantrópicas como la Fundación Bill & Melinda Gates que aportó 185 millones de dólares; "en 2015, los laboratorios dieron, al menos, 30.966.248 de dólares a la OMS en concepto de "contribuciones voluntarias especificadas" (los donantes son quienes autorizan qué programas concretos pueden ser financiados con su dinero). El ranking de esas donaciones de las farmacéuticas lo encabeza Glaxo, dio 7.769.202 dólares, le siguen Novartis con 6.992.742 dólares y Sanofi, que aportó 6.158.152 dólares..." (Informe SER, 2016)¹³.

I.2. El filantropocapitalismo y la construcción de los expertos

El concepto de filantropocapitalismo refiere al papel que algunas de las personas más ricas del planeta asumen respecto a las cuestiones sociales y/o sanitarias. Se ha generado un debate al respecto que encuentra por un lado a los que creen claramente en la buena voluntad de los ricos en su intención para resolver los problemas de los pobres; y por el otro, los que permanecen en alerta frente al riesgo que una asociación acrítica entre la esfera pública y el capital privado impulsado por las ganancias y un inmenso poder político, puede representar para los más desfavorecidos y vulnerables de la población mundial (de Noronha, 2014)¹⁴.

Para acercarnos al origen del filantropocapitalismo en los temas de salud, identificamos a comienzos del siglo XX el momento en el que surge un nuevo actor en Estados Unidos que en pocos años acabaría transformando radicalmente el campo de la salud internacional que comienza a nacer: la Fundación Rockefeller (RF), creada en 1913 por el magnate petrolero y filántropo conocido estadounidense John Davison Rockefeller (1839-1937), "para promover el bienestar humano en todo el mundo". La salud pública, a su vez, se convirtió en el foco de los intereses de Rockefeller por ser un campo emergente que empezaba a profesionalizarse con un apoyo limitado del gobierno estadounidense, lo que proporcionó al millonario considerable espacio para poner a prueba sus ideas y prácticas (de Noronha, 2014).

A mediados del siglo XIX se crea la Asociación Médica Americana en donde convivían una diversidad de enfoques sobre la salud/ enfermedad con propuestas de tratamientos también

¹³En este tiempo que estoy trabajando en la tesis, el presidente argentino Mauricio Macri a los pocos días de asumir (2015) se fue a descansar unos días en Villa La Angostura en la casa del gerente del laboratorio Roemmers mientras anuncia restricciones a los medicamentos genéricos (P12).

¹⁴Ana Beatriz de Noronha traduce y expone la investigación de la historiadora y profesora de la Universidad de Toronto Anne-Emanuelle Birn bajo el título: "*Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*". El artículo original fue publicado en noviembre de 2014, en inglés, en Hypothesis Journal, y está disponible en: www.hypothesisjournal.com/?p=2503.

plurales que incluían la homeopatía, el naturismo y la medicina herborística de los pueblos indígenas. Surge a su vez un movimiento de salud que impulsaba la necesidad de "fortalecer las habilidades del cuerpo para sanarse a sí mismo a través de la nutrición, ejercicios, aseo y una vida correcta" (Davis-Floyd y St. John, 2004:35). En el año 1910, Rockefeller encarga un estudio sobre la formación médica en EEUU que resulta en el Reporte Flexner que describe la variedad de enfoques curriculares que convivían en las escuelas médicas. A partir de allí en una alianza con el gobierno, se fuerza a las escuelas a adoptar la alopátia que había cobrado impulso a partir del surgimiento de la teoría de la enfermedad provocada por gérmenes. Comienza así una expansión de la industria vinculada a la medicina con la aparición de la radiación como técnica de diagnóstico y de los fármacos y su patentamiento. Y en pocos años la Asociación Médica Americana tuvo la atribución de otorgar los títulos a los nuevos profesionales médicos.

El Informe Flexner dio como resultado no solamente el cierre de las escuelas médicas de homeopatía y naturismo, sino también el cierre (en EEUU) de las escuelas médicas para mujeres que se habían establecido en 1800 separadas de los varones (Davis-Floyd, 2004). De esta manera los médicos encabezan los nuevos expertos con su pretendido conocimiento científico de la biología humana (Ehrenreich y English, 1990).

La Fundación Rockefeller desarrolla una estrategia de patrocinio de las escuelas de medicina en América del Norte, Europa, Asia y América del Sur, de modo tal que incorporen en sus currículas el enfoque alopático y tecno farmacológico. Invierte una importante suma de dinero para la infraestructura y modernización destinadas a apoyar la formación de profesionales de la salud y los sistemas de salud pública, pero poniendo algunos condicionamientos. A su vez otorgó becas y financió cursos de postgrado.

Birn (citada por de Noronha, 2014) afirma que en su trabajo en el campo de la salud internacional, la Fundación Rockefeller cortejó a los políticos y funcionarios públicos en todo el mundo, creando una profunda lealtad entre los profesionales de la salud y conectando las élites locales a las prestigiosas redes médicas internacionales de modo que este doble movimiento acabó resultando en la transferencia de la agenda, la estructura y el modus operandi de la RF a las instituciones locales, nacionales y multilaterales.

Los esfuerzos de la RF "habrían ido mucho más allá de la salud. Sirvieron para estabilizar colonias y naciones emergentes, en la medida en que ayudaron a los gobiernos para responder a las demandas sociales de sus poblaciones; fomentaron la transferencia y la internacionalización de los valores científicos, burocráticos y culturales; estimularon el desarrollo económico, el crecimiento y la ampliación de los mercados de consumo; y prepararon vastas regiones para la inversión extranjera, al garantizar una mayor productividad de las empresas y la incorporación en el sistema de expansión del capitalismo global. La salud internacional identificada previamente con las potencias militares y coloniales obtuvo una visión más positiva y diplomática, llegando a ser vista como propulsora del progreso social" (de Noronha, 2014:10).

Esta expansión transnacional de la medicina viene de la mano de la instalación del imperialismo norteamericano, con su colonización mercantil que luego de la II Guerra mundial se consolida además con el éxito de los tratamientos antibióticos, que impulsa un crecimiento científico y tecnológico que se traduce en el auge de los medicamentos y laboratorios farmacéuticos que concentran patentes y crean un mercado de la salud (posiblemente sea más correcto decir de la enfermedad). Esto hace que la producción de investigaciones y conocimientos médicos se encuentre de manera prioritaria en manos de los intereses de las corporaciones farmacológicas cuyo objetivo es la venta de medicamentos y la ganancia está en la enfermedad de cualquier modo. Se ha instalado en este proceso una colonización de la comunidad médica (y de las políticas sanitarias) que responde mayoritariamente a los intereses y a los lineamientos terapéuticos de estas corporaciones¹⁵. Es al menos curioso el modo en que un/a profesional médico decide sus elecciones terapéuticas que se presumen científicas. Llega a su consultorio un/a visitador/a médico/a que trabaja para un laboratorio farmacológico, que le entrega unas muestras gratuitas y le habla de las bondades de un nuevo producto. En ocasiones también reciben algunos beneficios si recetan los medicamentos de ese laboratorio, como por ejemplo la cobertura de gastos para ir a un congreso de su especialidad. Si las decisiones se toman por los consejos de un empleado entrenado por un laboratorio, quedan fundadas sospechas sobre su científicidad.

Para nuestro caso hay otro aspecto importante en relación a la filantropía del capital privado y es que en esa influencia sobre la educación y sobre la salud pública, se impulsa fuertemente la institucionalización de los partos (Leite dos Santos, 2002).

La medicina y la industria farmacéutica operan así como un poder transnacional y supra-estatal y se suman a la tradición de diferentes sociedades e instituciones patriarcales (como es la Iglesia para occidente) por el control del territorio corporal, transformándose éste en un campo de disputa por la autonomía, el ejercicio y la garantía de los derechos.

Es a partir de este marco que intento analizar brevemente este proceso, puesto en relación con el ejercicio del poder sobre las mujeres, sus cuerpos y su autonomía por parte de las prácticas médicas, entendidas las mismas como patriarcales y capitalistas. Y es una de las claves para comprender a la medicina como una de las tantas expresiones de la colonialidad del poder que analizaremos con Aníbal Quijano.

¹⁵Si bien no he indagado particularmente sobre el tema, se puede plantear un supuesto que en esta construcción, consolidación y expansión del capitalismo médico, han habido momentos claves que permitieron su crecimiento como por ejemplo en nuestro país la dictadura cívico militar (1976-1983), que desmanteló las iniciativas progresistas en las políticas sanitarias y en la formación universitaria. Reafirmó de la mano del terror una economía neoliberal que retorna periódicamente.

I.3. El tránsito a la modernidad capitalista

La historia ha sido escrita por los vencedores que han ocultado a los pueblos dominados y han dejado en la penumbra la vida de las mujeres. Se ha construido un relato en el que se evidencia la negación, la inexistencia, la falta de entidad de importantes actores y actrices que quedan así ninguneados/as. La relevancia de indagar entonces, sobre algunas claves de este pasado, radica en que en este proceso se asientan las bases que con diferentes expresiones perduran en el presente y ayudan a comprender estas relaciones imbricadas que ocultan entre sus pliegues los modos en que se ven afectadas las mujeres.

Los orígenes del capitalismo moderno fueron descritos inicialmente por Karl Marx y han sido revisitados en numerosas oportunidades con diferentes enfoques. En cambio los del patriarcado se pierden en la memoria de los orígenes de la humanidad y se hunden en una *patriz* que los hace invisibles.

La modernidad se comprende como emancipación racional, una emancipación que significa una salida de la inmadurez y la oscuridad, por un esfuerzo de la razón como proceso crítico. Como contracara Enrique Dussel (1994) plantea que la modernidad también contiene un efecto secundario y negativo que es negado, y es la violencia irracional que conlleva este proceso. Porque el punto de partida es eurocéntrico y con un espíritu de superioridad civilizatoria. Desde esa superioridad moderna todo aquello que se opone al proceso civilizatorio es un obstáculo que hay que domesticar o eliminar. Para la mentalidad moderna, el bárbaro es culpable justamente por el hecho de ser obstáculo. Se justifica la violencia al bárbaro y por la aplicación de esta violencia, necesariamente hay numerosas víctimas.

Enrique Dussel (1994) plantea que la modernidad comienza en el siglo XVI y que tiene dos etapas diferenciadas: la primera comienza en 1492 con la conquista y la inquisición y la segunda es la de la revolución industrial en donde se consolidan los procesos iniciados previamente. Esta fecha de nacimiento de la modernidad es también marcada por Aníbal Quijano a fines del siglo XV en donde señala la coincidencia del nacimiento del capitalismo, la colonialidad, la modernidad y el racismo. Es la conquista de América la que posibilita la unificación de los reinos que da origen al nacimiento de la Europa tal como la conocemos y su posición geopolítica como centro del mundo. Nace cuando se "confronta con 'el otro' y logra controlarlo y vencerlo, cuando pudo definirse como un 'ego' descubridor, conquistador, colonizador de la alteridad constitutiva de la misma modernidad" (Dussel, 1994:8). Se construye así el mito europeo que da lugar a un período de enormes transformaciones que ocurren en la economía con el origen del capitalismo, en el arte con el renacimiento, en el plano religioso con la inquisición y la reforma, la ilustración

en el plano de las ideas, es el momento de la expansión de la imprenta, del surgimiento de las universidades, del impulso de las ciencias modernas y en lo político las revoluciones. También ocurren importantes transformaciones en las relaciones entre los sexos y surgen los derechos humanos. Y en el plano de las subjetividades, el surgimiento de la individualidad tal como la conocemos (Hernando, 2012).

También es el período en donde se origina el feminismo en Europa con Francois Poullaine de la Barre que en 1673 publica el libro *De l'égalité des sexes*, en el que sostenía que la subordinación de las mujeres no tenía su origen en la naturaleza sino en la sociedad (Cobo, 2014). Pasarán algo más de cien años hasta que Mary Wolstonecraft en 1792 escriba *Vindicación de los derechos de la mujer*.

Este tránsito hacia la modernidad, recibe nuevos aportes de las historiadoras feministas que traen nuevas luces a la "iluminación" y el "renacimiento" describiendo cómo surgen la modernidad, el colonialismo, el nacimiento de la ciencia moderna, y el nuevo orden económico capitalista. Afirman que esto ha resultado en un proceso por el cual las relaciones patriarcales se fortalecieron en sus desigualdades.

Estos diferentes registros de los orígenes podrían confluir en el acuerdo que desde el momento en que estos dos sistemas comienzan a convivir, se establece entre ellos un "feliz matrimonio"¹⁶ que ha hecho que se potencien mutuamente y que las injusticias que son consecuencia de uno y otro (y de ambos entrelazados), se sostengan con una violencia dirigida tanto hacia los grupos que son vulnerados como hacia la naturaleza. Además las diferentes religiones han bendecido esta unión y la fortalecieron reiteradamente.

Alejandra Ciriza plantea que "De la misma manera que el mítico rey Midas todo lo transformaba en oro, el capitalismo todo lo transforma en mercancía" (Ciriza, 2011:31). El capitalismo se expande con la expropiación de los bienes comunes y esto es bien conocido. Para concentrar capital es necesario expropiar y para expropiar es necesaria la violencia. Pero también se expande con la mercantilización de aquellos aspectos de la vida cotidiana que durante siglos fueron considerados bienes comunes y sobre aquellos espacios y tiempos considerados como separados y que se asignan al proceso de reproducción de la vida humana desde el punto de vista biológico y social. Y en este proceso de transformar todo en mercancía, los cuerpos están incluidos (Ciriza, 2011). En este sentido cabe señalar que los cuerpos femeninos mercantilizados que estudiamos para el caso de la salud, tiene otras expresiones menos sutiles como por ejemplo la trata con fines de explotación para el comercio sexual que ha tenido un crecimiento muy significativo en este último período de crisis del capital/ patriarcal.

Alejandra Ciriza (2011) hace una crítica a una lectura binaria, basada en la teoría del doble

¹⁶Heidi Hartmann escribió en 1985 un artículo que alcanzó amplia difusión que tuvo por título "El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista". A partir de aquella controvertida metáfora, apelamos a ella para presentar una contracara.

sistema que ubica al capitalismo asociado a los aspectos productivos, a la explotación y como un sistema material. El patriarcado en cambio queda en esta lógica, asociado a los aspectos reproductivos y del cuidado, a la dominación de las mujeres y sería un sistema cultural. Esta mirada los presenta separados y relacionados entre sí de manera ocasional evitando analizar los múltiples vínculos que hacen que se retroalimenten mutuamente. Se sostiene de esta manera una escisión entre lo productivo y lo reproductivo, entre la economía y la política, entre la mente y el cuerpo. En el mismo sentido Carole Pateman (1995) hace una crítica a la idea de dos sistemas uno económico y otro sexual, afirmando que si el capitalismo es patriarcal y están profundamente interrelacionados cuál sería el beneficio en insistir respecto al doble sistema.

Para ingresar a la condición de seres humanos, pareciera necesario hacer un borramiento del cuerpo. De esta manera se niegan por ejemplo, los modos en que los trabajos propios de las mujeres -asignados por la clásica división sexual-, sostienen con su trabajo gratuito a la economía formal. Así todo lo referido al cuidado de hijos/as, enfermos/as, ancianos/as, a los trabajos domésticos que permiten que un niño/a asista a la escuela, o un/a trabajador/a cumpla con sus deberes, todo ello queda desvalorizado y ni siquiera es considerado en las cuentas nacionales como aporte a la economía de una nación. Como las mujeres se han ido incorporando progresivamente al mundo del trabajo, hoy asumen el trabajo productivo y reproductivo, porque los arreglos en el hogar se transforman muy lentamente en las sociedades tradicionales¹⁷.

Históricamente se ha considerado que el capitalismo avanza con la explotación de la naturaleza, sus productos y de la fuerza de trabajo. En esta escisión a la que se refiere Ciriza los cuerpos quedan borrados, pero para nuestra mirada es necesario considerar además que los cuerpos se convierten también en mercancía y es sobre los cuerpos donde se expande el capitalismo de la medicina moderna. Los procesos de salud y enfermedad, además de la búsqueda de belleza, o diferentes formas de bienestar, se han mercantilizado y allí radica una importante ganancia monetaria. Y los cuerpos de las mujeres y sus subjetividades requieren ser domesticados/ dominados para llevar adelante la empresa. Los cuerpos de las mujeres como parte del permanentemente reinventado avance sobre la naturaleza por parte del capitalismo.

La modernidad capitalista comienza con el cercamiento de los campos, de los territorios campesinos, pero luego continúa con el cercamiento de los cuerpos, de las personas. Ha provocado un corte en las relaciones con la naturaleza, en las relaciones comunitarias pero también en la relación con el propio cuerpo. Así se genera un extrañamiento y distanciamiento con los/as otros/as además de consigo/a mismo/a con la imposición de una creciente individualización. Las personas aisladas, sin redes que las contengan, sin ser parte de un proceso histórico, están más vulnerables. Se acrecienta el miedo de los/as demás, pero también el miedo sobre sí mismas, el miedo a la muerte.

¹⁷Ver en el anexo N°2 un cuadro referido al uso del tiempo productivo y reproductivo construido por la CEPAL (2016) que de modo elocuente muestra las desigualdades entre varones y mujeres en diferentes países de América Latina.

I.4. La colonialidad del poder. Nacimiento del racismo.

Aníbal Quijano (2000a), (entre otros como Dussel, 1992; o Lander, 2005); proponen que es a partir de la conquista de América que surge Europa tal como la conocemos y que este hecho ha resultado en un nuevo patrón de poder mundial y la conformación de la modernidad capitalista eurocentrada. Esta propuesta ha significado un cambio de paradigma en la interpretación de la historia, provocando diferentes rupturas epistemológicas. Una de ellas es el giro hacia una centralidad de América Latina como territorio a partir del cual emerge un nuevo orden geopolítico y económico. Como ya mencionamos Europa se transforma en Europa, gracias a la emergencia de América, no solamente por la usurpación de las riquezas sino por el proceso de subalternización de los territorios coloniales y sus habitantes.

Otra ruptura epistémica es el considerar que si bien este proceso comienza con la conquista y la instalación del poder colonial, ha demostrado una perduración histórica sostenida en el tiempo, al que denomina con un neologismo: *colonialidad* (Quijano, 2000a; 2000b; 2014) o *colonialidad del poder*. Este proceso de larga duración resulta en la imposición de un ordenamiento basado en patrones de poder que con clasificaciones sociales operan en diferentes planos, ámbitos y dimensiones materiales y subjetivas. De esta manera se aparta de las corrientes teóricas de los estudios postcoloniales para dejar planteada una línea de continuidad histórica.

Aníbal Quijano conceptualiza al poder como "un espacio y una malla de relaciones sociales de explotación/ dominación/ conflicto articuladas, básicamente, en función y en torno de la disputa por el control de los siguientes ámbitos de existencia social: (1) el trabajo y sus productos; (2) en dependencia del anterior, la "naturaleza" y sus recursos de producción; (3) el sexo, sus productos y la reproducción de la especie; (4) la subjetividad y sus productos, materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento; (5) la autoridad y sus instrumentos, de coerción en particular, para asegurar la reproducción de ese patrón de relaciones sociales y regular sus cambios" (2014:290). Este concepto de poder nos permite entrelazar las dimensiones de análisis del capitalismo y el patriarcado porque ofrece un amplio marco desde donde pensar el problema. Quizás donde se refiere al sexo y sus productos, debamos incluir la dimensión del cuerpo que puede estar implícita, pero es necesario hacer la aclaración porque "... el cuerpo de mujer es la primera colonia, la primera colonia en la historia de la humanidad fue el cuerpo de la mujer" (Segato, 2016:155).

Estas relaciones de dominación y control que se ejercen sobre las mujeres, se entrecruzan con otras clasificaciones sociales y en particular es interesante analizar el concepto de raza/racismo en

América Latina que surge a partir de estos nuevos ordenamientos geopolíticos¹⁸. El ingreso a la modernidad trae consigo no solamente nuevas identidades sociales sino también su posicionamiento subalternizado.

La idea de raza, en su sentido moderno, no tiene historia conocida antes de América. Quizás se originó como referencia a las diferencias fenotípicas entre conquistadores y conquistados, pero lo que importa es que muy pronto fue construida como referencia a supuestas estructuras biológicas diferenciales entre esos grupos.

La formación de relaciones sociales fundadas en dicha idea, produjo en América identidades sociales históricamente nuevas: *indios*, *negros* y *mestizos* y redefinió otras. Así términos como *español* y *portugués*, más tarde *uropeo*, que hasta entonces indicaban solamente procedencia geográfica o país de origen, desde entonces cobraron también, en referencia a las nuevas identidades, una connotación racial. Y en la medida en que las relaciones sociales que estaban configurándose eran relaciones de dominación, tales identidades fueron asociadas a las jerarquías, lugares y roles sociales correspondientes, como constitutivas de ellas y, en consecuencia, al patrón de dominación colonial que se imponía. En otros términos, raza e identidad racial fueron establecidas como instrumentos de clasificación social básica de la población (Quijano, 2000a:202).

Europa construye un relato mítico de sí misma estableciendo nuevas relaciones y sentidos: el uno y lo otro; centro y periferia; inferiores y superiores; civilizados y bárbaros; racionales e irracionales; modernos y tradicionales. Europa se constituye como el centro del poder y los habitantes de las colonias quedan racializados, en una dicotomía entre quien ocupa el lugar de la dominación el/la blanco/a y aquellas personas dominadas, el/la indio/a- negro/a- mestizo/a. Y de este modo, la raza se impone como “el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad” (Quijano, 2000a:202). Así lo indio/ negro/ mestizo queda inferiorizado y se utiliza como fuerza de trabajo para el capitalismo naciente. La raza es una categoría relacional tal como lo es el género, y ubica a lo no- blanco¹⁹ del lado de lo subalterno, de la barbarie. Al respecto dice Rita Segato que “la matriz dual y reglada por la reciprocidad muta en la matriz binaria moderna, en la cual toda alteridad es una función del Uno y todo Otro tendrá que ser digerido a través de la grilla de un referente universal” (Segato, 2016:20). Otra característica del racismo es que se construye como una categoría con pretensión científica y objetiva, como un fenómeno natural y ahistórico.

Es a partir de la lectura de los cuerpos que se clasifica al/a otro/a y se construyen los ordenamientos y subalternizaciones basadas en sexo y raza (Segato, 2012). Pero es necesario agregar la naturalización con la cual se realiza este acto de lectura. No es un acto *pensado* sino

¹⁸Es necesario aquí despegarse del concepto de raza que se destina fundamentalmente para diferenciar lo blanco de lo negro.

¹⁹Rita Segato menciona en una conferencia en Santiago del Estero (2013) que un profesor de una universidad brasilera con aspecto más bien anglosajón le dijo: “subí blanco a un avión en San Pablo y bajé negro en París”. Es una metáfora elocuente que da cuenta sobre cómo el racismo no tiene que ver necesariamente con el color de la piel sino con sutiles formas de leer los cuerpos que resultan en ordenamientos clasificatorios.

que está invisibilizado y más allá de lo consciente. La categoría raza crea un nuevo orden que se entrelaza con la ya existente categoría sexo y ambas se encuentran profundamente invisibilizadas por las estructuras mentales. Tanto la raza como el sexo construyen ordenamientos que, como plantea Bourdieu (2000) en relación al género, forman parte de la mejor fundada de las ilusiones colectivas. Está tan arraigado que se hace *cuerpo*, se mete debajo de la piel, es un hábitus y así se torna invisible y naturalizado.

1.5. La persecución a las brujas y el orden patriarcal

Es interesante para la comprensión de nuestro objeto, el análisis que hace Silvia Federici (2010) sobre el período histórico de la génesis de la modernidad capitalista (siglos XVI-XVII). Hace una relectura de Karl Marx sobre el proceso de acumulación originaria como fundacional y que revela las condiciones estructurales que hicieron posible la instalación de la sociedad capitalista. La acumulación es posible por el despojo de una enorme cantidad de población y por la explotación de la fuerza de trabajo y de la reproducción. La acumulación es el proceso de construcción de desigualdades, es un sistema de jerarquías, que se crea entre los/as explotados/as y entre varones y mujeres.

La acumulación también provoca rupturas y separa la producción de la reproducción, lo público de lo privado, y la separación de las mujeres de su propio cuerpo con el fin de apropiación.

Ella plantea la hipótesis de que para la instalación de ese nuevo orden (social, económico y mundial) la persecución de las mujeres durante la inquisición fue una estrategia funcional a sus objetivos. La quema fue un ataque al poder social de las mujeres, afirma que la persecución a las brujas fue tan importante como la apropiación de los territorios coloniales y sus riquezas, y como la expropiación de tierras al campesinado europeo.

Un interrogante es si es posible suponer que antes de este período, las mujeres tanto en Europa como en América Latina, tenían menos opresiones, si efectivamente se puede afirmar que el patriarcado recrudescer con el nacimiento del capitalismo/ colonialismo tal como es sostenido con fundados argumentos por algunas feministas²⁰. Silvia Federici hace una relectura de la historia

²⁰ Este tema daría para un ensayo extenso que no me propongo desarrollar aquí. Solo presento algunos debates de estas expresiones de patriarcados de menor intensidad para las mujeres que se pueden rastrear en Europa en *Les Querelles de femmes* en los territorios de la Francia de la edad media (Duby y Perrot, 2000). Luego los estudios de Irene Silverblatt (1990) sobre las relaciones de género en los andes precolombinos señala que la filosofía andina se basa en la dualidad complementaria de los sexos y no en las posiciones dicotómicas que trajo el occidente católico. María Lugones (2008) y Rita Segato (2003, 2007, 2011) mantienen un debate al respecto pero coinciden en que la conquista viene a asentarse sobre estructuras patriarcales de una intensidad menor a la conocida posteriormente. Segato afirma que los mitos de origen de numerosos pueblos relatan la derrota y el disciplinamiento de la primera mujer, y la incorpora como prueba de la existencia de un molde primordial de otras formas de dominación (2016). Luego también plantea que el encuentro entre conquistadores y varones originarios crea una alianza de masculinidades, provocando

desde la perspectiva marxista del proceso de acumulación originaria, pero poniendo la mirada sobre la necesaria doblegación de la libertad de las mujeres. Porque el capitalismo (y el colonialismo o la colonialidad) necesitó doblegar la libertad de las mujeres para desarrollarse y lo hizo necesariamente a través de la violencia. Por razones demográficas, pero fundamentalmente económicas ha precisado recrudescer las estructuras patriarcales para su despliegue y consolidación. Y el patriarcado moderno tal como lo conocemos es el que mayor violencia ha ejercido en contra de las mujeres y temiblemente perdura.

Cabe destacar que si bien la inquisición se desarrolla en Europa y por iniciativa de la Iglesia Católica, luego esta psicosis misógina se expande a territorios que desde comienzos del siglo XVI no se encontraban bajo la órbita del catolicismo como por ejemplo Alemania o Inglaterra y sus colonias. Cuando estos procesos se trasladan a los territorios de la colonia española tampoco había tribunales inquisitoriales que pudieran llevar adelante los juicios, de modo tal que los mismos eran realizados por la justicia civil. En Santiago del Estero, territorio colonial que para estos casos dependía del Tribunal Inquisitorial de Lima se llevaron adelante numerosos juicios -en los tribunales civiles- contra mujeres acusadas de brujería²¹ (Farberman, 2005).

Se lleva adelante una publicidad misógina, posiblemente la más importante de nuestra historia y con consecuencias nefastas. De este modo la inquisición con la consecuente persecución y muerte particularmente de las mujeres acusadas de brujería, fue una estrategia para expropiarles el control que ellas tenían de sus propios cuerpos, su sexualidad y su reproducción, que estaba basado en sus conocimientos del arte de curar desarrollados posiblemente en un espacio de relaciones de cuidado mutuo. En este sentido el proceso de individualización a partir de una especialización de funciones, el acceso a la escritura por parte de los varones, el sentimiento de control y poder sobre los objetos de conocimiento, van configurando un individuo racional que niega la valoración necesaria a las emociones (Hernando, 2011). En esta tensión del proceso creciente de individuación, hay una expropiación del control de las mujeres sobre sus cuerpos, su sexualidad y reproducción que queda bajo la órbita del Estado y de la ciencia médica. La inquisición, la acusación de brujería y la quema de las mujeres fueron mensajes disciplinadores hacia el colectivo femenino. El proceso de control y aislamiento de los conventos que ocurre durante la edad media, son otras expresiones de la necesidad de mantener a las mujeres -que no podían quemar- en espacios de reclusión (Hernando, 2011).

Podemos decir entonces que este monopolio de violencia con una alianza estatal- eclesial tiene orígenes a partir de la invención de una emergencia: el *Malleus Malleficarum*, “el mal cósmico y

una ruptura de los lazos comunitarios generando desigualdades y violencia. Julieta Paredes (2012) se refiere a la conquista como un momento donde se produce un entronque patriarcal, afirmando que si bien en los pueblos andinos las mujeres tenían una posición subalterna, también tenían un papel activo en la economía y podían ser propietarias, luego la colonia trae más violencia y la heteronormatividad que en Abya Yala no existía.

²¹Judith Farberman estudia el juicio contra Pancha y Lorenza en 1761 y comenta que encontró 11 juicios por brujería. Luis Garay que fuera director del Museo Histórico de Santiago del Estero, me comentó que tuvo en sus manos documentación que afirma que se quemaron 70 mujeres acusadas de brujería en este territorio.

la brujería". Por entonces la mitad de la humanidad o sea todas las mujeres, son identificadas como potenciales aliadas del demonio y como son inferiores, tienen menos fe y por ende son potenciales aliadas del maligno. Frente semejante amenaza no hay ningún límite, lo único que puede haber es el derecho de policía, y así nace la Inquisición (Vacani, 2007). El *Malleus Maleficarum*, fue escrito en 1486 por dos monjes dominicos llamados Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger y se transformó rápidamente en un manual que orientó a las autoridades de la Inquisición en la lucha contra la brujería y tuvo vigencia durante tres siglos. Este manual daba instrucciones para los interrogatorios, para la identificación de las brujas y reconocer sus modos de accionar. Una gran multiplicidad de perfiles caían en la sospecha de tener trato con el demonio. El libro de alguna manera también era un sustento justificatorio para llevar adelante los juicios, que adquirirían un formato normatizado para las acusaciones, los interrogatorios y las sentencias lo que explica las singulares semejanzas en las sentencias más allá de las fronteras (Federici, 2010). Los autores fueron nombrados inquisidores con poderes especiales por Inocencio VIII, para que investigasen los delitos de brujería de las provincias del norte de Alemania.

Las brujas "se abandonaron a demonios *incubos* y *súcubos*, y con sus encantamientos, hechizos, conjuraciones y otros execrables embrujos y artificios, enormidades y horrendas ofensas, han matado niños que estaban aún en el útero materno" (Kramer y Sprenger, 1486:4). Parece evidente entonces que estas antecesoras tuvieran algunos conocimientos para la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres que asistían, porque "impiden a los hombres realizar el acto sexual y a las mujeres concebir". Ante tremendos poderes muestran un particular ensañamiento con las comadronas que en el libro parecieran ser un sinónimo de bruja. O mejor dicho, la peor categoría de ellas:

Por lo tanto, consideremos ante todo a las mujeres; y primero por qué este tipo de perfidia se encuentra en un sexo tan frágil, más que en los hombres. Y nuestra investigación será ante todo general, en cuanto al tipo de mujeres que se entregan a la superstición y la brujería; y tercero de manera específica, con relación a las comadronas que superan en malignidad a todas las otras (Kramer y Sprenger, 1486:47).

Las brujas que son comadronas matan de distintas maneras a los niños concebidos en el útero, y procuran un aborto; o si no hacen eso, ofrecen a los demonios los niños recién nacidos. Aquí se expone la verdad acerca de cuatro horribles delitos que los demonios cometen contra los niños, tanto en el útero materno como después. Y como lo hacen por medio de las mujeres, y no de los hombres, esta forma de homicidio se vincula más bien con las mujeres que con los hombres (Kramer y Sprenger, 1486:68).

Debemos agregar que en todos estos asuntos las brujas comadronas provocan daños aun mayores, como a menudo nos dijeron, a nosotros y a otros, las brujas penitentes afirmando que nadie hace más daño a la fe católica que las comadronas. Pues cuando no matan a los niños, entonces, como para cualquier otro propósito, los sacan de la habitación, los levantan en el aire y los ofrecen a los demonios (Kramer y Sprenger, 1486:69).

Los demonios copulan con las mujeres brujas y las engendran, fundamentalmente aquellas ofrecidas por parteras. De todas maneras con diferentes estrategias se proponen seducir a todas las mujeres (doncellas o viudas), así afirman que todas las mujeres son potencialmente peligrosas. El texto está lleno de referencias a lo sexual y lo reproductivo, la impotencia masculina es causada por las brujas, como así también la imposibilidad de concebir, el aborto o la muerte de los/as niños/as pequeños. También aluden a los médicos como las personas idóneas para resolver los problemas de salud que hubieran.

Pareciera que el poder de estas mujeres despierta una gran intranquilidad y el camino para subordinarlas fue entonces sembrar el terror sobre ellas. El problema que enfrenta el orden patriarcal es que son muchas y distribuidas por extensos territorios, de modo que la tarea de disciplinamiento y el femigenocidio resultante demandó varios siglos, con una enorme inversión de recursos económicos y humanos. Además de la muerte de un número impreciso de mujeres, las consecuencias resintieron los tejidos sociales, las solidaridades, las familias, la memoria, los saberes. Las mujeres simbolizan el cuerpo social y su control marca el dominio sobre un determinado territorio. El carácter político de la caza de brujas se confirma con el hecho de que tanto las naciones católicas como las protestantes, aunque estaban en guerra entre sí, se unieron y compartieron argumentos en este campo de batalla social, y conspiraron en una fraterna alianza patriarcal para el logro de sus objetivos.

Silvia Federici presenta tres hipótesis para explicar este fenómeno. En primer lugar dice que la persecución a las brujas "fue un ataque a la resistencia que las mujeres opusieron a la difusión de las relaciones capitalistas y al poder que habían obtenido en virtud de su sexualidad, su control sobre la reproducción y su capacidad de curar". También fue necesario para la "construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres, su trabajo, sus poderes sexuales y reproductivos fueron colocados bajo el control del estado y transformados en recursos económicos". La tercera hipótesis que desarrolla es que se buscó "la eliminación de formas generalizadas de comportamiento femenino que ya no toleraban y que tenían que pasar a ser vistas como abominables ante los ojos de la población" (2010:261-262). La intención al parecer, fue vencer las resistencias de los sectores populares y de las mujeres a las profundas transformaciones de reestructuración económica y social, ya que la persecución fue acompañada por el proceso de conquista y genocidio en América, y por el cercamiento de territorios campesinos -para Europa- e indígenas.

Este proceso de aniquilación de mujeres, erradicándolas de los pueblos que quedaban sin esa persona que era referente para las sanaciones con sus conocimientos de herboristería, otros remedios curativos, como así también la atención de los partos, allanó el camino para dar entrada a la medicina profesional que estaba en crecimiento. En esta transición *todas* las mujeres eran

vistas como brujas en potencia, como una amenaza diabólica y una amenaza sexual. Hay un propósito de controlar la sexualidad femenina que en estado de libertad, está íntimamente vinculada al desorden y a la desintegración social (Fox Keller, 1991). La posibilidad de una autonomía de las mujeres y más específicamente su autonomía sexual (y reproductiva) es vista como una amenaza al orden patriarcal y capitalista que está en ciernes. Al erradicar los saberes populares desprestigiándolos, progresivamente se instalan la ciencia y el conocimiento racional como una nueva visión del mundo.

1.6. La modernidad y el conocimiento racional

En el marco de este escenario surge la ciencia moderna y se puede señalar un hecho significativo que marca un punto de ruptura con el origen divino del conocimiento que impulsan los descubrimientos de Nicolás Copérnico (1473- 1543) y luego Galileo Galilei (1564-1642) al afirmar que la tierra gira sobre su propio eje y a su vez alrededor del sol. Afirmación tan revolucionaria, tan disruptiva para el orden social que casi le cuesta la vida a éste último. Si el conocimiento abandona el ámbito religioso como fuente de todo saber para trasladarse a la ciencia, lo sagrado de alguna manera hace el mismo recorrido, y el resultado se expresa en distintas expresiones de una sacralización de lo científico.

Francis Bacon (1561-1626) es considerado uno de los fundadores de la ciencia positivista, que plantea con fuerza que el propósito de la ciencia es el control y el dominio de la naturaleza. Bacon propone “un matrimonio casto y legal entre la mente y la naturaleza”. La naturaleza es la novia y la ciencia es el novio. A la naturaleza es necesario someterla, violentarla, dominarla, hacerla la esclava de la ciencia. Evelyn Fox Keller (1991) plantea que para Bacon el objeto de conocimiento es el mundo material y su metáfora principal es sexual. Esta idea de la ciencia y la tecnología como dominadores de la naturaleza y aliados al poder, está en las bases de la ciencia y trasciende hasta la ciencia moderna. La producción científica tiene sexo y clase social y la metáfora del matrimonio, fortalece la idea de su origen masculino y patriarcal, negando la posibilidad de que lo femenino ocupe el lugar de sujeta.

Silvia Federici hace referencia a Carolyn Merchant (1980) que considera que la raíz de la persecución a las brujas se encuentra en el cambio de paradigma provocado por la revolución científica y particularmente en el surgimiento del mecanicismo cartesiano. La mujer bruja encarna el lado salvaje de la naturaleza, alborotadora e incontrolable que es necesario someter.

El pensamiento dicotómico inspirado en Platón, pone la marca a una lógica sobre la que se construye la ciencia moderna basada en la racionalidad y una supuesta objetividad. El modelo

lógico de las dicotomías, que ha tenido tanto éxito en la historia del pensamiento universal y cuya vigencia tiene una perduración de siglos, es adecuado para explicar algunos de los problemas que intento abordar. Las dicotomías no solamente contienen falsedad, sino que a su vez son trampas en las que caemos con la ilusión de que el mundo se organiza así: en varón y mujer, en objetivo y subjetivo, en naturaleza y cultura o naturaleza y ciencia, en razón o emoción.

Y la ciencia moderna se plantea desde sus orígenes en términos dicotómicos la necesaria construcción de objetividad sostenida por el distanciamiento entre el sujeto que investiga y el objeto de conocimiento. En este planteo la forma de producir conocimiento es a partir de una racionalidad que quede libre de toda emoción. Ya que las emociones generarían una nube que confunde a la razón. Y en esta lógica para la medicina obstétrica el objeto de conocimiento es el cuerpo de las mujeres, en aspectos materiales que explican la anatomía, la fisiología con elementos mecanicistas e intervencionistas. En esta lógica la ciencia queda del lado de la razón y del sujeto, la mujer queda ubicada como emocional y como objeto.

La negación de las emociones en la construcción de una supuesta objetividad, es una trampa que *nubla* la vista. Porque esa negación se afirma sobre una emoción. Esa negación está cargada en sí misma de múltiples subjetividades. Para ubicarse en esa *necesaria* distancia que permite una relación con el *objeto*, solo parece posible lograrlo, conteniendo lo emocional que resulta en una coraza emocional (que también es emoción, rígida y violentogénica, pero emoción al fin). Entonces esta ilusión o ficción de la objetividad, revela una contradicción que impregna de una emocionalidad negativa, la construcción de la otredad. La construcción de objetividad desde esta lógica es posible liberándose de toda emocionalidad, de limpiar lo femenino, subjetivo, subalterno.

Este camino desemboca en un discurso científico en el cual la objetividad llega a parecerse de una manera inexorable al control, la dominación (Fox Keller, 1991) y agregaría la violencia. Dice Evelyn Fox Keller: "El científico no es el observador puramente desapasionado que él idealiza, sino un ser sintiente para quien la ambición misma de objetividad lleva consigo una profusión de significados subjetivos" (1991:104). La objetividad, que se reviste de neutralidad emocional es una palabra clave de la dominación masculina en el ámbito de las ciencias.

La subalternización de las mujeres (y de la naturaleza) insufla de poder a la masculinidad dominante. Y esta sensación de dominio afirma la autoestima y el sentimiento heroico de los/as profesionales de la medicina. Esta relación dialéctica se retroalimenta permanentemente y reafirma las posiciones.

Así en la relación entre los/as profesionales de la salud y las mujeres que asisten se establece una relación de enajenamientos mutuos. Ya he trabajado el hecho de cómo se enajena a las mujeres en un hospital público (Canevari, 2011) pero avanzo en la idea de que los/as profesionales se enajenan en la búsqueda de objetividad. El enajenamiento como protección y

distancia hacia el/la otro/a, enajenamiento para el control de las emociones y como respuesta al sentimiento de amenaza y de miedo que provoca el relacionarme con la otredad.

Y la ética no tiene un fundamento racional sino emocional (Maturana, 1997). La conciencia y el respeto por los derechos humanos tienen una base emocional. Si nuestras actitudes viscerales están en íntima relación con lo emocional ¿cómo se trabaja en la transformación ética de las prácticas y sus sustentos epistemológicos?

Como sustrato para la difusión de la misoginia, en Europa se recupera el pensamiento de la Grecia antigua, con un retorno al clasicismo en la búsqueda de apartarse de los textos escolásticos y se recuperarán traducciones u originales de los griegos clásicos sobre todo de Platón mediado por Plotino. Hay un neoplatonismo renacentista que se opone al aristotelismo de Santo Tomás. Aristóteles es retomado en la lectura de Averroes (Luz, 1997). Las universidades bajo la órbita de la Iglesia Católica y los textos de Aristóteles y Platón se transforman en lectura obligada de aquella época donde -como ya he dicho- hay una gran propagación de la misoginia (Rivera Garretos, 2002). En la medida en que se difunde la escritura, se limita a las mujeres sus posibilidades de acceso a ella.

A medida que la Inquisición se retrae en el siglo XVIII como la autoridad para juzgar el conocimiento y su validez, las academias tomarán este lugar de jueces para determinar la veracidad o no de las proposiciones científicas (Luz, 1997). En la conformación de los nacientes estados nación es “interesante pensar que el sujeto político, el ciudadano, y el sujeto de conocimiento científico de la ciencia moderna, surgen al mismo tiempo (en el siglo XVII) con este mismo sesgo de las atribuciones dicotómicas, produciendo un modelo de conocimiento patriarcal”. (Maffia, s/f-2)

Este nuevo orden resulta en un patriarcado insuflado y altamente misógino. Se rompe la esfera comunitaria y se desarrolla en la subjetividad masculina un modelo de identidad individualizada que valora lo racional, la objetividad y que se aparta de las emociones. Aquello asociado a lo femenino, a las emociones es subalternizado. Si la individualidad es proporcional a los fenómenos que se pueden explicar racionalmente y controlar tecnológicamente, la medicina ha desarrollado o al menos ha construido un discurso en donde sostiene el control que logra mantener sobre los cuerpos y los procesos que allí suceden. Es cierto que hay muchos fenómenos que escapan al control. Y la impotencia que esto genera, resulta algo inquietante a la mentalidad racional. En este sentido el proceso de individualización a partir de una especialización de funciones, el acceso a la escritura por parte de los varones, el sentimiento de control y poder sobre los objetos de conocimiento, van configurando un individuo racional que niega la valoración necesaria a las emociones aunque en esa negación necesita de ellas y para salvar la carencia crea una relación de dependencia emocional con las mujeres (Hernando, 2012). En esta tensión del proceso creciente de individuación, los varones comienzan a "ocupar posiciones sociales diferenciadas (que siempre

implican relaciones de poder diferenciado) y empiezan a describir los fenómenos del mundo a través de la escritura y de la ciencia, crean una distancia emocional con los fenómenos que describen que, a su vez, establece las condiciones para su control, dado que un fenómeno cuya mecánica se puede describir es un fenómeno que se puede controlar" (Hernando, 2015:88).

Esto otorga cierta sensación de omnipotencia y poder. Posiblemente para la medicina este poder tiene un plus dado por esa sensación de control sobre la vida y la muerte, real por sus prácticas, pero enaltecido por los discursos sociales.

El conocimiento racional que surge en la modernidad es eurocentrado y subalterniza a todas otras formas de conocimiento imponiéndose como *un régimen de verdad* universal -en términos foucaultianos- que perdura en el tiempo.

I.7. La paradoja de lo sexual como centro de la escena patriarcal

Este período de represión y misoginia ha sido el que antecede a la época victoriana (siglos XVI-XVII) y que de algún modo ayuda a comprender su éxito en términos de despliegue simbólico. Durante la época victoriana la sexualidad ingresa a una sombra de silenciamientos y represiones, que respondían a la necesidad de estrechar un vínculo entre la sexualidad destinada exclusivamente a los fines reproductivos, dada la revolución industrial en marcha y la demanda de mano de obra para las fábricas. Y como el sexo y el placer distraen la dedicación al trabajo intensivo (Foucault, 2002), las mujeres debían sostener con su trabajo doméstico y con hijos/as al modelo capitalista que se estaba fortaleciendo y se impulsó en consecuencia un modelo de familia en donde la separación de lo público y lo privado permitiera reproducir el trabajo asalariado. Y señala que la represión sexual coincide con el desarrollo del capitalismo.

El capitalismo -comprendido en términos de colonialidad- necesitó doblegar la libertad de las mujeres para desarrollarse. Por razones demográficas, pero fundamentalmente económicas ha precisado recrudecer las estructuras patriarcales para su despliegue y consolidación. Este proceso no hubiera sido posible sin que el discurso médico (y científico) hubiera sumado sus esfuerzos para que la sexualidad quede en las sombras y asociada a la reproducción, y para expropiar a las mujeres sus saberes. Y la paradoja de que lo sexual queda de igual modo en el centro, visible, erotizando, deseante y simultáneamente es aquello de lo que no se habla, está censurado y negado.

Es interesante volver aquí sobre el contrato sexual que subyace en el contrato social que analiza la filosofía contractualista y que propone Carole Pateman (1995). Ella plantea que el contrato social ha sido plasmado entre varones y que las mujeres quedan asociadas al mismo por el contrato sexual. El contrato social es de libertad, pero lleva implícito un contrato sexual que es

de sujeción. Las mujeres estamos *sujetas* en este contrato en tanto seres *naturales* y subordinadas. Y el mismo establece una relación de sujeción y de status sustentada en una larga historia de discriminación y desvalorización. Si el/la sujeto/a de la ciencia y el/la sujeto/a de la ciudadanía surgen en el mismo período, es posible estimar que para esos nuevos contratos, la medicina comparte con los estados la misma intención de disciplinamiento moral con las mismas bases misóginas y racistas que resultan en la jerarquización y exclusión. El contrato sexual que sostiene al contrato social y lo antecede, está en la base de estas relaciones fundantes.

Y en este sentido "las ciencias biomédicas nos han dicho cómo ser, cómo gozar, cómo parir, cómo sentir, cómo (no) pensar, cómo enfermar y cómo morir. Todavía hoy nos cuesta vincularnos con nuestro cuerpo sin su mediación" (Maffía, 2007). El cuerpo femenino y sus ciclos se presenta negado para las propias mujeres. La fuerza de la tradición religiosa y su idea de lo sexual ha calado en matrices medulares de nuestra cultura. Las mujeres tienen cuerpos sin órganos y tienen que hacer un proceso de conquista de su propio cuerpo (Deleuze, citado por Maffía, 2003:17). La negación del propio cuerpo, el desconocimiento, el cuerpo cuyo destino es nutrir y a su vez agradar y dar placer a otros/as, posicionan a las mujeres con cierta enajenación de sí. La cultura patriarcal considera a los cuerpos de las mujeres como propiedad masculina. Pareciera que los varones tienen derechos sobre las mujeres, que las propias mujeres no tienen (tenemos) sobre sí mismas. "Si se resisten serán violentadas, y lejos de justificarse la resistencia se justificará la violencia como forma de disciplinamiento, como manera de 'poner las cosas en su lugar', aunque los lugares misóginos impuestos por el derecho, la teología y la política hayan sido establecidos sin nuestra participación ni nuestro consentimiento" (Maffía, s/f-1).

Los poderes patriarcales, con dispositivos materiales y simbólicos se han focalizado en el mismo objetivo. La subordinación de las mujeres, resaltar su pasividad, la reclusión en el hogar, la maternidad obligada (fortalecida por las políticas públicas), son algunas de las formas que adquieren estos dispositivos. En algunas etnias del islamismo africano, las mujeres son sometidas (aún hoy) a la ablación material del clítoris, siendo esta quizás la expresión de máxima crudeza, a la que ha llegado el patriarcado para el control. Pero en estas latitudes, la ablación del clítoris es simbólica y encuentra expresiones más o menos sutiles. Una forma de mutilación es la construida por la ciencia, que ha trabajado denodadamente para demostrar la inferioridad femenina a través de justificativos biológicos como el tamaño del cerebro, o justificativos psicológicos como el hecho de que somos histéricas o masoquistas. El clítoris se comprende en tanto pene atrofiado, -las mujeres imperfectas, frente a la perfección masculina- y durante nuestro proceso evolutivo, reconocemos la diferencia basándonos en la envidia de aquello que carecemos. El clítoris como sitio central de despliegue del placer, es denostado. Sigmund Freud plantea que el orgasmo clitoriano es imperfecto, que debemos acceder al orgasmo perfecto que es el alcanzado por penetración vaginal. De maneras sutiles el patriarcado mutila simbólicamente nuestro cuerpo,

regula nuestro placer.

Dice Gayle Rubin (1996) que la sexualidad femenina que se prefiere es aquella que responde al deseo de los otros, y no una que desea activamente incitando una respuesta. Y agrega que la organización social del sexo, se basa en los mandatos de género, la heterosexualidad obligatoria y la constricción de la sexualidad femenina.

"Se produce así la paradoja de que como mujeres ya no tendremos un vínculo con nuestro cuerpo que no sea mediado por los sentidos producidos por el patriarcado, porque nuestras experiencias serán desmentidas y aceptaremos la autoridad del discurso científico sobre nuestra sexualidad; aceptaremos la prioridad de la culpa religiosa sobre nuestro deseo; aceptaremos la prioridad de la subordinación jurídica sobre nuestra autonomía. El patriarcado impone sentidos y valores incluso sobre experiencias que sólo las mujeres podemos definir, como el orgasmo, la gestación, el parto, la menstruación, el amamantamiento y por cierto el aborto" (Maffía, s/f).

Hay algo escalofriante en este planteo que ubica a las mujeres en estado de enajenamiento. Escalofriante es ver cómo hay una apropiación del discurso patriarcal por las propias mujeres, se hace cuerpo y quedamos atravesadas por sus imposiciones en nombre de la libertad, la salud, la sexualidad.

Considerando las relaciones activo/pasiva que representan la sexualidad masculina y femenina respectivamente, el castigo no se vincula con la responsabilidad. Esto se puede asociar al acto sexual en donde la mujer carga con las consecuencias del mismo -quedando embarazada-, mientras el varón tiene mayor permisividad social para desentenderse de su paternidad.

En estas posiciones la feminidad y la masculinidad se corresponden con las imágenes de personas activas o pasivas. La mujer es el obstáculo, el motivo de la prohibición, el peligro de la tentación, y a su vez es el varón quien ha de salvarla en un acto heroico. Al momento de cometer el "pecado", durante el juego de seducción o en la violación, el personaje masculino está desdibujado y aparece finalmente como héroe, en un desafío a la valentía y a la hombría. Como dice Teresa de Lauretis (s/f) "En el texto mítico pues, el héroe debe ser varón sin importar el género del personaje, por cuanto el obstáculo, cualquiera sea su encarnación (esfinge o dragón, bruja o villano) es morfológicamente femenino...". El varón se presenta como el principio activo de la cultura y la mujer como un obstáculo, una resistencia a ser vencida o que pasivamente contempla la actividad del héroe aguardando ser rescatada. La ciencia médica reproduce estos modelos de activo- pasivo y se trasladan al parto, quedando insólitamente las mujeres con un mandato de pasividad en un momento que se requiere protagonismo.

Como corolario de este proceso en el cual -como ya dijimos-, la persecución y la quema de mujeres eran mensajes disciplinadores para todo el colectivo femenino, es que al llegar al siglo XIX la temible devoradora había dejado paso al ángel de la casa, obediente, abnegada y desexualizada (Fox Keller, 1991).

Capítulo II

Los derechos y sus reveses

Tal como hemos visto la modernidad ordena el mundo en nuevas categorías que luego dan surgimiento a los derechos humanos, que primero serán los derechos del hombre para posteriormente reconocer los derechos de las mujeres, los/as niños/as, los pueblos originarios. Los derechos humanos surgen como respuesta ética ante el horror, ante los estragos de las guerras, la injusticia y la violencia.

Tal como mencionamos en el Capítulo I, el pensamiento binario que organiza las sociedades occidentales, propone pares dicotómicos y excluyentes entre sí, que en el mismo acto crean posiciones jerarquizantes. Así ubica a la cultura por encima de la naturaleza, a la razón sobre las emociones, lo objetivo sobre lo subjetivo, la mente sobre el cuerpo, la producción sobre lo doméstico, el espacio público sobre el privado, a las personas de piel blanca como superiores a las morenas o negras. En esta lógica se subalterniza/ minoriza aquello relacionado a lo femenino, y además las diversidades sexuales, étnicas, o de clase. O sea que lo femenino queda de alguna manera asociado a las emociones, la subjetividad y alejado del mundo de la producción o la cultura. Las instituciones fundadas en la modernidad patriarcal, han dejado excluidos a estos grupos de la participación ciudadana, que no eran nombrados sino de modo abstracto.

En este capítulo analizaremos las legislaciones que otorgan un marco regulatorio a los derechos sexuales y reproductivos poniendo el foco en la Argentina.

II.1. El feminismo y los avances en los derechos sexuales y reproductivos²²

La ciencia, el derecho, la política, la religión, la filosofía, se identifican con rasgos como la universalidad, la abstracción, la racionalidad, hay una naturalización de cómo es la política, cómo es la ciencia y cómo es el derecho y las mujeres quedamos expulsadas por esa otra naturalización que proviene de la sexualización de la dicotomía. Una evidencia de esta afirmación es que las mujeres estuvieron excluidas del contrato social de los nacientes estados del siglo XIX, quedando en una posición de indefensión jurídica que desde la mirada actual, parece inaudita: no tenían derecho a ser propietarias, no podían ejercer la patria potestad sobre sus hijos/as, ni participar en

²²Algunos aspectos de este apartado, han sido trabajados de manera colaborativa con Rosa Isac y Patricia Arenas y publicados en Arenas, Canevari, Isac, Palazzi (2016).

la política (votar ni ser votadas). Sin derecho a la instrucción y sin libertades, estaban sujetas a un padre, a un marido, a la Iglesia o a un proxeneta. Su rango jurídico era equivalente al de un/a menor de edad. Esta es la matriz (quizás mejor dicho patriz) sobre la que se conforman las instituciones sociales durante la modernidad, y lo hacen desde una lógica androcéntrica y patriarcal. La justicia, la política, el ejército, las ciencias, la medicina, las universidades y la familia moderna, son un ejemplo de esto.

Fue recién durante el siglo XX que las mujeres, comienzan a acceder a una estatura de ciudadanía que hasta entonces se les había negado. Lograron la conquista de numerosos derechos que se expresan en marcos jurídicos internacionales y legislaciones nacionales y provinciales. Las primeras conquistas de los derechos de las mujeres están vinculadas con derechos civiles y políticos y de la participación de las mismas en la esfera pública. En la Argentina recién en la década del '80 comienza a reformarse el código de familia, con la patria potestad compartida y la posibilidad del divorcio. Durante los '90 en primer término se conquista la ley de cupo femenino (Ley Nacional N° 24012), en 1994 la Ley Nacional N° 24417 de Protección contra la violencia familiar y en 1999 se reforma en Código Penal con la Ley N° 25087 que hace modificaciones en los delitos hasta ese momento denominados “Delitos contra la honestidad” que pasan a llamarse “Delitos contra la integridad sexual”. Recién en la primera década del siglo XXI se rompieron las resistencias a ingresar al espacio privado, y a tratar los derechos sexuales y reproductivos, que son los que han generado y generan mayor resistencia. Los cambios se sucedieron de modo vertiginoso, alcanzando avances significativos y el marco normativo internacional²³ se incorpora en nuestro país otorgándole rango constitucional con la reforma de 1994. Este hecho ha significado un hito que abrió camino a diferentes promulgaciones, y de alguna manera opera como una meta, porque señala a su vez la distancia que queda por recorrer, para alcanzar la vigencia plena y la garantía de derechos. Y esta brecha se mantiene amplia porque si bien las leyes ejercen un poder simbólico, su existencia no ha significado la eficacia de las mismas y su incumplimiento es en verdad alarmante, traduciéndose cotidianamente en violaciones de los derechos de niñas y mujeres en diferentes instituciones estatales o no estatales. De tal manera que la ciudadanía de las mujeres continúa incompleta ya que no es inclusiva, no solamente en relación al género sino también a otras categorías sociales como la edad, etnia, clase social, capital social, la orientación sexual, la identidad o las trayectorias educativas.

La reforma de la Constitución Nacional del año 1994, incorpora con rango constitucional a las Declaraciones y Convenciones Internacionales de derechos humanos. Aquellas que están vinculadas a los derechos de las mujeres específicamente son la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW en su sigla en inglés, 1979) y la

²³ Cabe destacar que hay un movimiento que impulsa una Campaña para la realización de una Convención Interamericana por los derechos sexuales y los derechos reproductivos (www.convencion.org.uy) desde hace más de diez años. Parece evidente las resistencias que perduran para instalar estos derechos en el debate de los derechos humanos internacionales.

Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994). Además de estas dos convenciones, existen otras que también tienen rango constitucional como por ejemplo la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966); el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); la Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965); la Convención Contra la Tortura y otros Tratamientos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos de los Niños (1989).

Y es a partir del año 2003 que comienzan a debatirse en nuestro país algunos proyectos legislativos vinculados a intereses medulares para la vida de las mujeres (y no solamente de ellas) como la sexualidad, la reproducción, la violencia. Es así que los derechos sexuales y reproductivos sancionados en legislaciones nacionales que se encuentran vigentes son:

1) Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por ley (Ley N° 25.673, año 2003)²⁴;

2) Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Ley N° 25.929, año 2004);

3) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (Ley de ligadura tubaria y vasectomía, Ley N° 26.130, año 2006);

4) Ley que crea el Programa de educación sexual integral en todos los establecimientos públicos y privados del país y en todos los niveles educativos (Ley nacional 26.150, año 2006);

5) La interrupción legal del embarazo (Aborto no punible, Art. 86 del Código Penal, año 1921). En el mes de marzo del año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió un fallo sobre el caso conocido como “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”, donde deja claro que el aborto no será punible en cualquier caso de violación²⁵;

6) Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley Nacional N° 26.485, 2009)²⁶;

7) Ley de matrimonio igualitario (modificación del Código Civil referido al matrimonio civil. Ley N° 26.618, año 2010);

²⁴Santiago del Estero adhiere a esta Ley nacional en el año 2005. Con un grupo de activistas estábamos impulsando el debate de la ley pero había mucha resistencia. En el mes de agosto de ese año se hace pública una filmación en la que se revela una relación homosexual del obispo de la Diócesis de Santiago del Estero, y en menos de 15 días, la Cámara de Diputados de la provincia aprueba por unanimidad la adhesión a la ley nacional. Las acciones de incidencia con los/as diputados/as tuvieron algunos diálogos significativos que reflejan los modos en que la política está impregnada de morales religiosas y personales. Un diputado me dijo que votaría a favor de la ley porque su hija se había quedado embarazada siendo adolescente y había visto su sufrimiento, pero sabía que luego recibiría reprimendas por parte de su confesor.

²⁵Algunas provincias ya adecuaron las normativas sanitarias al fallo de la CSJN, tal como ordena el mismo fallo y otras como Santiago del Estero, aún no.

²⁶En Santiago del Estero se debatió esta ley y se sancionó con apartados procedimentales que adaptan la norma al contexto local, en la Ley Provincial N°7.030.

8) Ley de identidad de género (Ley N° 26.743, año 2012) que habilita al cambio de identidad y a los tratamientos hormonales y quirúrgicos de reasignación de sexo;

9) Ley de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (Ley N° 26.862, año 2013) y su reglamentación a través del Decreto N° 956 /2013.

10) Además están las Guías técnicas del Ministerio de Salud de la Nación sobre Atención perinatal, atención postaborto y atención de los abortos no punibles.

Claudia Bonan (2003) expresa que los feminismos que emergieron a partir de las décadas del '60 y '70 en América Latina y en el mundo, tomaron como una de sus cuestiones centrales la crítica a los significados y reglas atribuidos a la sexualidad y a la reproducción, y su papel en la estructuración de las relaciones de subordinación entre varones y mujeres. El cuerpo, la sexualidad y la reproducción, habían sido constituidos como territorios de privación de poder para las mujeres. El feminismo entiende que cualquier proyecto de emancipación debe necesariamente enfrentar y desentrañar la trama de relaciones desiguales allí erigidas. Con ese punto de partida, se encendió un proceso de politización o de (des)encubrimiento de los diferenciales de poder en esos ámbitos. Introdujeron en las discusiones públicas, los derechos y la autonomía, como interpretaciones alternativas acerca de las necesidades de las mujeres.

El proceso de producción de una norma, se lleva adelante -sobre todo en estos temas- con la instalación del debate en el espacio social, con reflexiones, disensos, consensos y el consecuente efecto simbólico en las subjetividades. Entendemos que los derechos sexuales y reproductivos se dirimen en un espacio social de poder en el que intervienen diferentes intereses que tensionan las relaciones allí establecidas, atravesadas por experiencias subjetivas, cuestiones morales, religiosas y políticas, que le otorgan características singulares. Analizar los procesos de configuración, donde se desarrolla esta acción política, implica identificar los diferentes agentes sociales, políticos, religiosos, grupos de interés y sectores afectados que se ponen en juego. Asimismo, es necesario considerar los discursos hegemónicos y los contrahegemónicos; los dispositivos discursivos y prácticos de cada posición en la esfera pública. Estos agentes operan en el espacio social con capitales e intereses diferenciados donde se despliegan diversas disputas de poder.

Los alcances conceptuales acerca de la sexualidad que moldean las políticas de los estados latinoamericanos se han dirimido en contextos de debates en algunas instancias internacionales. En el Documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) se reconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva²⁷ basándose en las definiciones de salud

²⁷ Se define a la salud reproductiva como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual". (Capítulo VII, párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994). Tal como expondremos en el

propuestas por la OMS y en derechos fundamentales reconocidos en instrumentos internacionales de derechos humanos. Es una de las declaraciones más progresistas que haya surgido mediante el consenso, no sin duros debates y enfrentamientos por parte de los grupos fundamentalistas y de los estados más conservadores. Para las feministas el éxito fue fusionar el lenguaje de la salud sexual y reproductiva con el lenguaje de los derechos humanos de las mujeres. Pero este avance paradójicamente dejó el reconocimiento de los derechos sexuales con un carácter precario y sin enunciarse con autonomía respecto de los derechos reproductivos. Tal como queda expresado en términos de “salud sexual y reproductiva” en el capítulo VII, párrafo 7.4, dejando vinculada claramente la salud sexual a la salud reproductiva y la maternidad. Este enunciado da cuenta de las resistencias de los estados en relación a su obligación de la ampliación de sus reconocimientos, además proporciona claridad sobre los tabúes que plantean los responsables de las políticas públicas en relación al reconocimiento amplio de los derechos a una sexualidad plena para las niñas, mujeres y personas trans; porque para los varones esta temática no es considerada un problema sino una cuestión natural, que no opone ninguna interpelación.

Luego en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) se definen “los derechos humanos de la mujer que incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”. O sea, los derechos sexuales no se incluyeron en esta Conferencia ni en ninguna otra. En un borrador estaba presente una definición que no se incorporó en el documento final²⁸. El pronunciamiento sobre las orientaciones sexuales ha corrido el mismo derrotero en esta Conferencia como en la mayoría de las instancias internacionales de debate para su incorporación. Entonces, el proceso de pasaje de desvincular los derechos reproductivos con los temas de población y desarrollo y de avanzar en categorías ligadas a la sexualidad en términos de libertad y desvinculándola de los procesos de salud – enfermedad es conflictivo y todavía no ha finalizado (Anzorena, 2006; Tambiah, 1995; Correa y Parker, 2004; Petchesky, 2000).

Así, la legislación, las políticas públicas y la jurisprudencia relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos de la población, han sido en Argentina, el resultado de la convergencia de a) la incidencia de los procesos globales respecto de conquistas de la lucha feminista; b) la asunción paulatina de este Estado de los tratados y convenciones internacionales en sus constituciones; c) los procesos de negociación, que al interior del mismo, los distintos actores sociales y políticos, han ido construyendo a la luz de sus procesos históricos, políticos, sociales,

Cap.III las críticas a la definición de salud de la OMS; en este caso le caben las mismas apreciaciones.

²⁸“Los derechos sexuales incluyen el derecho de la persona a tener control y a decidir libremente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coacción, discriminación ni violencia. Incluyen el derecho a la información, para poder tomar decisiones responsables sobre la sexualidad; el derecho a la dignidad, la privacidad y a la integridad física, mental y moral al realizar una elección sexual; y el derecho al más alto nivel de salud sexual”. (Sección C, párrafo 97. Borrador de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995). (Tambiah, 1995).

culturales y globales, respecto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En este proceso Argentina pasó en las últimas cuatro décadas de ser un país pronatalista²⁹ a comprometerse en deconstruir estos paradigmas y dar lugar a otros a raíz de las obligaciones internacionales a las que se fue comprometiendo. Si bien tuvieron que transcurrir algunos años de reinstalado el régimen democrático, finalmente las normas restrictivas fueron derogadas³⁰. Y casi 15 años después, entre el 2003 y el 2012 se aprobaron leyes centrales para el proceso de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos fundamentales para la vida de las mujeres y de las personas de las diversidades sexuales.

Este contexto de avances no se da sin contradicciones. Todavía los derechos sexuales están ligados al derecho a la salud, la salud sexual y la sexualidad reguladas desde el paradigma biomédico (Anzorena, 2006). Y agregaríamos patriarcal, homofóbico, heteronormativo, clasista y racista. Como resultado, la consecuencia más evidente es la potestad de los estados de intervenir sobre las decisiones que las mujeres toman acerca de sus cuerpos y de negar derechos las personas de la diversidad. La libertad y la autonomía es un capital a conquistar una y cada vez que se dirima en una práctica médica, en la escuela y en la justicia la libertad de elegir o el derecho a exigir. Pero con todo, ha sido fundamental el reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos para luchar sobre todo en los países como los nuestros donde la Iglesia Católica y los grupos conservadores, siguen teniendo un nivel alto de injerencia para naturalizar o minimizar con justificaciones “razonables”, situaciones de violencia, abuso y discriminación hacia las mujeres, los niños y las niñas y los grupos de los colectivos de las diversidades. La configuración de nuevas expresiones de la sexualidad, diversas formas de vivirlas, las heterogéneas conformaciones familiares como las conquistas logradas por las mujeres, más allá de las normas y lo que las convenciones legalizan, están siendo instancias posibilitadoras para el reconocimiento de esta diversidad en el campo de la sexualidad.

Dice Silvia Levin (2010:89) que los derechos individuales son los referentes para discutir la razón de ser de los derechos sexuales y reproductivos al ser procesados jurídicamente para ser regulados legalmente. Esto no constituye una abstracción sino que son conflictos reales que se exteriorizan socialmente a partir de prácticas reales, vinculadas al derecho. Por lo tanto esta protección de los derechos individuales es de libertad en el marco de un orden jurídico. Las normas se preocupan por definir lo permitido pero no de señalar lo prohibido, tal es el caso de la sexualidad y la reproducción que no alcanzan a ser definidos como derechos en sí mismos.

²⁹ En 1974, durante el gobierno de Isabel Perón se sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos. En 1977, la dictadura militar firmó el decreto 3.938 que contenía los objetivos y políticas Nacionales de Población, entre los que se incluía el de eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad, permeando las políticas de población y de salud pública en la Argentina.

³⁰ A fines de 1986, mediante el decreto 2.274, se dejó sin efecto el decreto 659/74 y así se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales; pero este cambio normativo no implicó la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas.

II.2. Marco legal de la violencia obstétrica

En una conversación con un grupo de médicos/as residentes de obstetricia de la maternidad de Santiago del Estero les preguntamos si sabían de la existencia de la Ley Nacional de Derechos de padres e hijos/as durante el nacimiento y nadie la conocía. Les dejamos un material de difusión para que se interiorizaran en el tema, pero cuando volvimos a reunirnos, dos semanas después, nadie había leído.

Quedamos desconcertadas y con diversas preguntas; por un lado sobre la escasa motivación o preocupación por conocer aspectos legales de sus prácticas por parte de estudiantes de postgrado de la medicina, y por el otro sobre las condiciones de trabajo del/la médico/a profesional; según sus propias palabras "no tenemos tiempo de leer ni siquiera el diario" o "somos nosotros los que no tenemos derechos". Un médico instructor de residentes del HGBA nos dijo: "En el servicio los médicos no leen. Es difícil que los residentes se interesen por conocer las leyes, si nadie está capacitado en la perspectiva de derechos."

La currícula de formación tanto en el grado como en el postgrado (la residencia) no incluye ninguna instancia que contemple los derechos de las mujeres y sus familias³¹. Derechos referidos a aquellas personas que los/as profesionales deben atender, cuidar, acompañar. En las carreras de grado (tanto de medicina, como las licenciaturas en obstetricia o enfermería) hay alguna materia de medicina legal, e inclusive de bioética, pero los contenidos apuntan a reconocer el marco legal que regula la propia práctica para no cometer errores que luego les signifiquen un juicio de mala praxis³². Difícilmente la mirada se traslada a esa otra persona que está ubicada epistemológicamente en posición de objeto. La formación en el postgrado con las residencias no es diferente. Recientemente la FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) ha comenzado a trabajar, por iniciativa de un nuevo coordinador del área, en una reforma de su propuesta curricular para incorporar los contenidos de género y derechos, pero aún es eso, un proyecto.

El desconocimiento de los marcos legales por parte de quienes son responsables directos de su observancia, pareciera constituir un nudo gordiano de las dificultades que enfrentan las mujeres cuando concurren a un servicio público de salud, buscando asistencia obstétrica. Aunque no es un problema unicausal, ni mucho menos. Como ya afirmamos es un problema histórico estructural que requiere de una mirada crítica al autoritarismo médico- patriarcal y a las leyes que buscan

³¹Vuelvo sobre la formación médica en el Capítulo VI

³²En las carreras de licenciatura de enfermería y obstetricia de la FHCSyS de la UNSE hay un seminario optativo sobre género y derechos sexuales y (no) reproductivos. Y el plan de estudios de la recientemente creada carrera de medicina que se aprueba en el año 2014 incorpora también un seminario específico.

proteger a las mujeres.

En este apartado me propongo compartir algunos interrogantes sobre las dificultades conceptuales y operativas que enfrentan las mujeres al momento de asistir a una maternidad y lograr que se garanticen sus derechos establecidos en las leyes que se encuentran en vigencia.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) que -como ya se ha dicho- se ha incorporado a la Constitución Nacional en el año 1994, en su artículo N°12 dice que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia". Y sigue afirmando que "garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como "Convención de Belém do Pará" de 1996, muestra la relevancia de la responsabilidad de los estados en el capítulo III.a "Deberes de los Estados", que prescribe en el Artículo 7: "...Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación".

La primera ley nacional que se ocupa de esta problemática y a la que me refiriera al inicio de este capítulo, es la Ley N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, que es conocida como Ley de Parto Humanizado del año 2004³³. Es un texto que detalla de manera clara y operativa en su Artículo 2° los derechos de las mujeres en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

³³Ver Anexo N°3

- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

El 1 de octubre del año 2015 se publica el decreto reglamentario de esta ley, luego de 11 años de sancionada³⁴. Refuerza algunas cuestiones operativas que ya estaban expresadas en el texto de la ley, como la incorporación en el PMO (Programa Médico Obligatorio) lo cual garantiza entonces la obligatoriedad del sistema de obras sociales de dar cumplimiento a lo que allí se estipula y su aplicación en los servicios de salud públicos, de obras sociales y privados. Además aclara que el acompañamiento debe ser permitido si así lo desea la mujer, tanto para los partos vaginales como para las cesáreas, que es un tópico que ofrece grandes resistencias por parte de los/as médicos/as: el ingreso de un familiar al quirófano³⁵. El problema radica en que la norma habla de acompañamiento del parto y los/as médicos/as interpretan que la cesárea no es un parto sino una cirugía. Con la reglamentación este punto queda dirimido.

Las omisiones más significativas del mismo, son el no hacer hincapié para que la mujer acceda a los cursos de preparación integral para la maternidad que han disminuido su valoración y aplicación en la medida en que ha ido aumentando la tecnocracia del parto. Estos cursos en ocasiones estimulan a las mujeres a aceptar de modo obediente aquello que les imponen en un proceso intervenido, aunque en otras refuerzan su seguridad, brindan información y pueden apuntar justamente a la difusión de los derechos que la misma ley consagra. Sin embargo la ley y su reglamentación ponen el énfasis en la importancia de la preparación de las mujeres para la lactancia. De este modo volvemos a encontrar la recurrente tendencia patriarcal de ubicar en una escala de menor importancia a los derechos de las mujeres respecto de los de sus hijos o hijas, obviando el hecho de que ambos pueden ser sinérgicos. Otro aspecto que esta reglamentación deja de lado es la autorización de las mujeres para ser objeto de un proceso de enseñanza- aprendizaje. Se hace hincapié en el consentimiento por parte de las mujeres ante una posible inclusión en un protocolo de investigación pero no de docencia.

Unos años después en Venezuela, la Asamblea Nacional sancionó la Ley Orgánica sobre el

³⁴Ver en el mismo Anexo N°3

³⁵La CONSAVIG tramitó la denuncia de una pareja que no le permitían el ingreso a la cirugía y la Defensoría del Pueblo de la Nación emitió dos Resoluciones (N°07/2015 y 1853/2015) aclarando que es un derecho contemplado en la ley y exhorta a los servicios a que se adecuen para otorgar las garantías para su cumplimiento. Ver Anexo N°5

Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Nº38.647/2007) que incorpora por primera vez la figura de la violencia obstétrica, con bastante precisión indica aquellas prácticas que quedan incluidas y las sanciones para los/as profesionales de la salud que la incumplan. En su artículo 51º señala que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

Artículo 51º: se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño/a con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al/a responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 UT) a quinientas unidades tributarias (500 UT), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Luego en el año 2008 en el estado de Veracruz en México también se incorpora a la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia la figura de violencia obstétrica que se ha basado en la venezolana y la define como:

la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (Erviti, 2010:106)

Con estos antecedentes al momento de elaborar una nueva ley sobre violencia contra las mujeres en nuestro país, se incorpora la figura de la violencia obstétrica. En el año 2009, se sanciona la Ley Nacional Nº 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.

Se conceptualiza a la violencia contra las mujeres como "toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual,

económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes".

Luego se define la violencia obstétrica en el Artículo N° 6, inciso e) 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 25.929.” Esta definición es casi idéntica a la de Veracruz pero recortada al momento de remitirla a la ley de Parto humanizado, omitiéndose la referencia a la pérdida de autonomía y también a la imposición obligada de la posición del parto, que tanto en Venezuela como en Veracruz se incentiva la posibilidad de las mujeres de optar por un parto vertical. Aquí no. Las dos leyes mencionadas son mucho más contundentes en este sentido y también en lo referido a las cesáreas que en la nuestra queda de alguna manera dicho elípticamente.

Esta definición se amplía, a su vez, en el decreto reglamentario de la ley (Decreto N°1011/2010), donde se establece que: "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, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/ as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza. Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta".

Esta reglamentación no operacionaliza los conceptos de "medicalización o patologización de los procesos naturales". Tampoco queda clara la conceptualización de cuerpo y vuelvo sobre este punto más adelante.

De acuerdo con esta ley, la violencia obstétrica se comprende como una *modalidad* de violencia contra las mujeres y las otras modalidades son violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva y mediática.

Además de las modalidades, en su artículo 5 clasifica la violencia en diferentes *tipos* y conceptualiza con bastante precisión cada uno de ellos: física (se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física), psicológica (la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento,

restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación); sexual (cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres); económica y patrimonial (se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer) y la violencia simbólica (La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad).

Cabe señalar que los tipos y las modalidades de violencia que operan como categorías explicativas, se entrecruzan en la realidad y para el caso particular de la violencia obstétrica se puede afirmar que la misma se expresa a través de todos los tipos descritos en la ley³⁶. De modo que puede presentarse una violencia obstétrica de tipo física, psicológica, sexual, económica y por supuesto también simbólica.

Posiblemente la máxima expresión de la violencia física sea el legrado³⁷ sin anestesia, que hasta hace pocos años perduraba -y aún perdura- en las largas noches de guardia hospitalaria y oculto por el silenciamiento temeroso de las mujeres que interrumpieron un embarazo en la clandestinidad. Hay otras formas de violencia física que se hacen con justificaciones médicas y son dolorosas (dilatación manual del cuello del útero, desprendimiento manual de membranas, maniobra de Kristeller), o provocan un aumento del dolor (uso de estimulantes uterinos) o dejan cicatrices que se podrían haber evitado (episiotomía o cesárea).

La violencia sexual se hace visible con la falta de respeto al pudor, la desnudez que tiene el carácter de un despojo sobre el control del propio cuerpo o en la realización de tactos sin la preparación necesaria. Dijo Nancy: "nadie me explicó lo que me iban a hacer, nunca me habían hecho una revisión así. Me sentí violada" (MSE)³⁸. En este mismo sentido es posible que la episiotomía como práctica de rutina que es cuestionada y se habla de evitar la rutinización, también pueda ser incluida dentro del concepto de violencia sexual. El daño físico y sexual que

³⁶Dejando de lado la referencia en la ley de que la violencia obstétrica se ejerce sobre el cuerpo y los interrogantes sobre otros daños que se pudieran ocasionar.

³⁷Es una técnica para evacuar restos que pudieran haber quedado adheridos a la pared del útero y que es extremadamente dolorosa. En la segunda parte vuelvo sobre este tema.

³⁸En nuestro país no hay antecedentes, pero un estudio del Comité Latinoamericano para la defensa de los derechos de las mujeres en Perú denuncia violaciones de mujeres dentro del hospital por parte de profesionales (CLADEM, 1998).

deja esa marca sobre el cuerpo de las mujeres en ocasiones con consecuencias en la vida futura (Fornés, 2009).

Las violencias psicológica y simbólica dañan la subjetividad expresándose de diferentes maneras y siendo la autonomía el eje de las disputas de poder. La culpabilización, la desvalorización de saberes, el insulto, la humillación, la amenaza, el provocar miedo, el interrogatorio con el fin de confesar una práctica abortiva (¿qué te hiciste?), el tutelaje, la infantilización. En los servicios de salud, opera un sexismo y un racismo automático (Segato, 2003) que son la matriz (patriz) de la violencia simbólica. La discriminación a las pobres, a las campesinas, a las que tienen muchos hijos/as, a las que no colaboran, a las que no se hicieron los controles, a las que no expresan afecto hacia su hijo/a, a aquellas que no desean ser madres y a las que ya han tenido a su hijo/a que están en situación de abandono (Canevari, 2011). La atención de los procesos reproductivos están centrados en el cuerpo de las mujeres biológicamente considerado y poniendo la prioridad en que el/la niño/a nazca bien.

La relación entre las mujeres y los/as profesionales es de anonimato y es inquietante este manto de encubrimiento frente a las posibles violaciones de derechos³⁹. Por un lado las personas que trabajan en los servicios no tienen identificación y no se presentan con su nombre y apellido. Por el otro a las mujeres no se las trata por su nombre y pervive el hábito de subalternizarlas con denominaciones como mamita, gordita, mami.

El tiempo es un recurso escaso y en disputa en los hospitales, aunque las esperas son para las mujeres y las urgencias para los/as profesionales. El uso del tiempo -expresado en largas esperas o en acelerar procesos-, siempre está basado en una sobrevaloración del tiempo de los/as profesionales y una desvalorización del de las mujeres y sus familiares.

La violencia económica es más frecuente en los servicios privados, aunque no exclusivamente. Tal como mencionamos en el capítulo I, la mercantilización de la salud es un proceso generalizado que ha transformado a la salud en un bien que cotiza en el mercado. Aunque no necesariamente aquellas personas que hacen más inversiones para acceder a una buena salud, obtienen mejores resultados que aquellas otras que acuden a los servicios públicos. En este sentido podríamos señalar el número de cesáreas que son mayores en el sector privado que en el público y que responden a diversos intereses de parte de los/as profesionales aunque también en otros casos responden a la demanda de las mismas mujeres. La violencia económica desde la perspectiva de las mujeres, se relaciona por ejemplo con la imposición del cobro de un plus para la atención del parto, cosa que es anunciada en el tramo final de un embarazo, cuando ya no es fácil decidir el cambio de profesional. Pero hay también otras múltiples expresiones que pueden pasar desapercibidas para las mujeres y sus familias, que son por ejemplo la internación de un/a recién nacido/a en terapia neonatal sin claras justificaciones. Estas internaciones implican

³⁹Volveremos sobre varios de estos aspectos en la segunda parte.

enormes cifras de facturaciones para los servicios privados y pareciera haber una relación entre la realización de una cesárea antes de la fecha del término del embarazo y las internaciones de los/as bebés/as.

El momento que transitan las mujeres es determinante de un particular estado de vulnerabilidad que se agrava por las limitaciones a la presencia de un/a acompañante. La preocupación por ella misma y el/la niño/a en un ambiente hostil y sobre todo el estado de shock las ubica en una posición vulnerable, con pérdida de su libertad, que es determinante para la resignación.

II.3. Las trampas conceptuales y operativas de la ley

Estas definiciones expresadas en la Ley Nacional N°26.485 enfrentan en su aplicación algunas dificultades que merecen analizarse. Se entiende como aquella que se ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, reconociendo dos formas de expresión: el trato deshumanizado, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

En primer lugar es necesario hacer referencia a la falta de claridad respecto al concepto de cuerpo que se toma como marco. Al mencionarse en la misma ley la violencia física, el cuerpo asoma como materialidad de modo tal que se percibe aquí un riesgo reduccionista.

Luego, el concepto de humanizado (o deshumanizado) es de igual manera polisémico, y es necesario clarificar el alcance práctico para su comprensión. En el año 1985 en una reunión en la ciudad de Fortaleza en Brasil se acuerda una Declaración que reúne una serie de recomendaciones sobre la atención del parto (OMS, 1985)⁴⁰. Desde entonces existen numerosos debates respecto a la humanización y necesidad de transformar los modos institucionalizados de acompañar a las mujeres en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio. La humanización del parto reúne numerosas y diversas voces que proponen un parto sin intervención médica, o en posición en cuclillas, bajo el agua, en el domicilio, en penumbras, con música; pero también son los/as mismos/as profesionales que trabajan en los servicios que abogan por la humanización del parto. Ninguna persona en su sano juicio estaría en contra de que los partos sean humanizados. Pero pareciera que estamos frente a una trampa que posiblemente se relacione con la polisemia de este concepto.

Un médico jefe de la maternidad pública del Gran Buenos Aires nos decía:

Por eso es que yo tengo un concepto muy diferente a lo que todo el mundo habla de parto humanizado. O sea, mucha gente toma el parto humanizado como parto natural, al parto sin intervención. Yo creo que eso es la antítesis del parto humanizado. El parto humanizado es ponerle todos los condimentos que el hombre le fue poniendo. Y si yo en mi casa prefiero tener aire acondicionado, y en el verano prendo el aire

⁴⁰ Ver Anexo 4

acondicionado, eso es parte de la humanización de la sociedad. Entonces no creo que un parto humanizado sea un parto sin peridural. No creo que un parto humanizado sea un parto sin episiotomía. Sí creo que la paciente tiene derecho a decidir por sí misma y a decir “me gustaría intentar esto”. Pero es lamentable que en un hospital público no se le pueda ofrecer la posibilidad de una peridural a una paciente (Subjefe de servicio MGBA, 2014).

Estas miradas diversas y hasta contrapuestas dan cuenta de la complejidad de encontrar acuerdos entre los/as agentes de la atención de las mujeres y las protagonistas del parto. Entonces ¿cuál es el alcance de lo humanizado? ¿no esconde demasiados supuestos? ¿se puede afirmar que aquello que proviene de lo humano como genérico es necesariamente amable y respetuoso? Lo humanizado en su polisemia esconde una humanidad abstracta y alejada de un contexto histórico o cultural⁴¹. El decreto reglamentario mencionado no define lo humanizado sino lo deshumanizado, vinculándolo con la deshonra (¿es el honor lo que está en juego?), la humillación, la amenaza y descalificación.

Esta falta de claridad en las conceptualizaciones posiblemente abone el incumplimiento de las leyes vigentes, con un alarmante grado de impunidad o anomia (con auto y hetero percepción de esta impunidad) por parte de quienes deben garantizar los derechos de las mujeres. Las leyes tienen un efecto simbólico para el orden social, pero este efecto no parece haberse dado en el campo estudiado. Si bien en algunas instituciones hay una fuerte preocupación por adecuarse a las normas y se impulsan acciones en este sentido, en otras se avasallan los derechos sin pudor.

Mientras tanto la humanización se transforma en negocio en Buenos Aires. Recientemente algunas clínicas privadas han comenzado a ofrecer un Programa de Parto Mínimamente Intervenido (PPMI), que es el equivalente a un nacimiento donde se respetan los derechos señalados en la Ley Nacional N° 25.929 y las mujeres pueden parir entonces acompañadas, en la posición que elijan y sin intervenciones innecesarias, abonando por fuera de cualquier sistema de cobertura médica, las consultas previas a la partera (se exigen entre 5 y 9) y el pago del parto⁴². Pero también en algunas maternidades públicas se han comenzado a asistir nacimientos respetados como es el caso de la Maternidad Estela de Carlotto⁴³ (en Moreno) y del Hospital Posadas. En Santiago del Estero, la Maternidad de La Banda ha comenzado también con un proceso de cambio en el mismo sentido⁴⁴.

Otra de las trampas conceptuales de esta ley, es aquella que hace referencia a la medicalización

⁴¹En el próximo capítulo presento los modelos de nacimiento que propone Robbie Davis-Floyd, siendo uno de ellos el modelo humanizado.

⁴²En la actualidad el parto respetado con intervención mínima cotiza en los servicios privados de Buenos Aires en torno a los 1000- 1500 dólares.

⁴³A comienzos de febrero del 2017, despidieron a las dos directoras de la Maternidad por *razones políticas*. <https://www.pagina12.com.ar/18929-despidos-politicos-en-la-maternidad-estela-de-carlotto>

⁴⁴Para ingresar a estos programas se establecen algunos requisitos para las mujeres: Estar transitando un embarazo de bajo riesgo, sin patologías materna, ni fetal. Que no hayan tenido cesáreas previas o intervenciones pélvicas. Que no posean antecedente de pérdida del embarazo por causa desconocida. Que se hayan realizado controles prenatales adecuados. Que deseen planificar un nacimiento seguro y sin intervenciones innecesarias (Htal. Posadas).

y patologización. ¿Hasta cuándo se considera medicalización normal y cuándo se transforma en abuso? ¿Cómo marcar los límites entre lo normal y lo patológico? ¿Sólo los/as profesionales de la medicina tienen la autoridad para hacer las demarcaciones? ¿Éstas descansan en el carácter científico de la medicina?

Las fronteras entre lo normal y lo patológico que son demarcadas por la autoridad médica, por lo general omiten el carácter histórico de las mismas, la ambigüedad que conllevan y cómo opera la subjetividad del/a responsable de la tarea. Esta delimitación que no siempre es sencilla para los/as profesionales de la medicina, deja a las mujeres en situación de parto sin contrargumentos, con miedo por los riesgos potenciales para ella o su hijo/a y en especial estado de vulnerabilidad. A la patologización podemos verla como una estrategia y la antesala necesaria para medicalizar, medicamentar e intervenir (y en algunos contextos también mercantilizar). En ocasiones ellas reciben explicaciones que no son lo suficientemente claras, como por ejemplo "tienes un útero perezoso", el trabajo de parto "no progresa", "disminuyen los latidos fetales", "tienes una cadera estrecha". Lo cierto es que esta definición respecto a lo patológico está en manos de aquellas personas que según la ley, deberían ser quienes eviten la patologización. Y estas decisiones llevan a la aceleración de los procesos naturales, que redundan en beneficios hacia un significativo recurso que es el tiempo de los/as profesionales.

Finalmente la historia clínica como documento que registra las prácticas realizadas con sus fundamentos, se completa por quienes son responsables de velar por los derechos de las mujeres y a su vez potenciales violadores de la norma. Luego es el instrumento legal donde se dirimen las situaciones de conflicto en franca desigualdad.

Otro grave obstáculo que presentan estos marcos legales es la ausencia de sanciones. La ley venezolana explicita el monto económico que deberá pagar quien incumpla la ley, pero aquí no. Y al no existir sanciones para la violencia obstétrica la ley "se transforma en un tigre de papel, no asusta a nadie" (Chiarotti, 2016. Entrevista Red nosotras por el mundo). Pero además quedan como letra quieta sino tienen una expresión en políticas públicas, fallos, materiales educativos.

En este contexto, ¿qué posibilidades tienen las mujeres de hacer respetar sus derechos? Por lo general el sentimiento de las mujeres luego del nacimiento donde sufrieron violencia, es la resignación y la tranquilidad de que "por suerte el bebé está bien". Pero aquellas que deciden denunciar o iniciar una demanda enfrentan dificultades y por el momento el mayor logro es una reparación simbólica⁴⁵. Y para el caso de la MSE interviene además la preocupación de que ellas posiblemente deban requerir nuevamente de atención en la Maternidad y no quieren confrontar al poder.

⁴⁵La CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género) desde la subcomisión de violencia obstétrica, recibe y acompaña denuncias de mujeres a partir de las cuales se inicia un proceso administrativo que se canaliza por la Defensoría del Pueblo de la Nación que emite resoluciones en las que intima a las instituciones sanitarias a realizar acciones para que no se repita un evento similar. Ver una resolución en el Anexo N° 5

II.4. El acceso a la interrupción legal del embarazo

Si bien nuestras indagaciones no apuntaron particularmente sobre las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, compartimos algunas experiencias surgidas del acompañamiento de algunos casos en Santiago del Estero que grafican sobre las dificultades de las niñas y mujeres para acceder a una interrupción de la gestación aun cuando el pedido esté claramente enmarcado dentro de la legalidad. Las tensiones políticas referidas a los derechos sexuales y reproductivos llegan a su máxima expresión cuando se trata de otorgar autonomía a las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos, y sobre su proyecto de volverse o no madre en determinadas circunstancias. El control sobre la interrupción del embarazo por parte de los fundamentalismos religiosos (y médicos) es un tema preocupante.

El Artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN), que entró en vigencia en enero de 1922, determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado. Según la segunda parte de este artículo:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

En un caso ocurrido en la provincia de Chubut cuando una niña es víctima de un abuso y al quedar embarazada la madre solicita al Poder Judicial la interrupción del mismo y le fue denegada en primera instancia. Es así que el caso F.A.L. que llega a la Corte Suprema de Justicia de la Nación y es emblemático justamente por ese motivo. El fallo fue emitido en marzo del 2012 y aclara algunas cuestiones que operaban como permanentes obstáculos y justificaciones para no garantizar a las mujeres que solicitaban una interrupción de su embarazo en las causales de no punibilidad.

El fallo destaca que los/as profesionales médicos/as tienen autonomía para resolver el aborto, sin necesidad de que intervenga el Poder Judicial. Es más, indica expresamente que no se deben judicializar los casos que están contemplados en el código penal. Luego deja en claro un debate de largo alcance referido a la causal violación y señala que es válida para cualquier mujer que ha sido violada y no solamente para aquellas que padecen una discapacidad mental (dementes o idiotas dice el Código). A su vez dispensa a las mujeres de la obligatoriedad de hacer una denuncia policial respecto a la violación. Si ella no desea hacerla, se admite una simple declaración jurada en la que ella afirma que ha sido víctima del delito y solicita la interrupción legal del embarazo.

Además exhorta en su Artículo 29:

"Que, en razón de ello, corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. En particular, deberán: contemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida".

Con este antecedente el Ministerio de Salud de la Nación emitió una normativa que se adecua al fallo de la Corte⁴⁶ y a su vez varias provincias cumplieron con el exhorto de la misma. Este no es el caso de Santiago del Estero, que hasta el momento no ha emitido ningún protocolo de actuación en este sentido.

En la Guía Técnica del Ministerio de Salud de la Nación sobre la atención de las personas que solicitan una interrupción legal del embarazo desagrega los ítems anteriores y señala que el aborto será legal en los siguientes casos:

- a. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1º, Código Penal de la Nación),
- b. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1º, Código Penal de la Nación),
- c. si el embarazo proviene de una violación (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2º, Código Penal de la Nación),
- d. si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2º, Código Penal de la Nación)

Hay numerosas historias en las que se ha hecho público el no cumplimiento del Estado argentino de la legislación vigente. Quizás una de las más conmovedora es la de Ana María Acevedo que tenía 19 años de edad, era de un pueblo de Santa Fe, madre de tres hijas/os, y falleció en mayo de 2007. Tenía cáncer maxilar por un tratamiento odontológico, y casi simultáneamente se da cuenta que está embarazada de unas pocas semanas. Ella y su madre solicitan un aborto terapéutico que le fue negado por las/os profesionales del Hospital Iturraspe. Ana María no recibió el tratamiento para el cáncer ni los medicamentos paliativos para el dolor, con el argumento de que podrían dañar al feto. Ante la situación dramática y el deterioro físico se anticipó el parto, Ana María entró en coma farmacológico y murió. El bebé también murió. Se

⁴⁶La primera edición es del año 2010 anterior al Fallo de la CSJN con una "Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles". En abril del 2015 se publica el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" que es una versión revisada y actualizada. Y se adecua el lenguaje para la inclusión de los varones trans.

abrió un proceso penal que derivó en el procesamiento del ex director del Hospital Iturraspe, los jefes de servicio de ginecología y de oncología, por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público.

II.5. Camino al aborto en el HSE

Como una manera de recuperar experiencias recientes, se presentan tres historias transcurridas en Santiago del Estero que permiten vislumbrar la ruta crítica que recorren las mujeres que solicitan la interrupción de un embarazo en el hospital, las intervenciones y obstaculizaciones que surgen desde los mismos profesionales pero también de otras instituciones del Estado provincial y de los medios de comunicación.

P.B. una joven de 22 años, con una grave discapacidad mental, embarazada producto de una violación. No habla, se comunica por señas y vive en el campo con su madre quien la baña, la peina, le da de comer. La madre nota que PB ha dejado de menstruar e intervienen dos hermanas que solicitan a los/las médicos la interrupción del embarazo. Ante el pedido la joven es internada junto a sus hermanas, a comienzos de enero del 2009, en la MSE. A los dos días, sale en el diario *El Liberal* la noticia y no abandonará las tapas durante tres semanas. En el tratamiento del tema expone las posturas de diferentes expertos/as. Si bien dejó lugar prioritario a la moral católica, se expresaron otras voces. En una nota del diario dice: *No maten al niño, por favor salvemos a ese argentino* (El Liberal, 21/1/09). Un abogado que se ofrece para adoptar a la criatura, con total desconocimiento de las leyes vigentes. El diario hizo una encuesta por Internet y el 65% de los votantes estaban a favor de la interrupción del embarazo de PB. Una abogada del Ministerio de Salud, solicita a la madre: su autorización, la certificación de la discapacidad (los médicos forenses debieron confirmar la evidente discapacidad de PB) y la denuncia de la violación. Como PB tiene 22 años, la abogada evalúa desde el derecho positivo, que la madre ya no tiene la tutela y cuestiona su autoridad para decidir sobre la interrupción del embarazo. Esto significó la intervención del Poder Judicial en plena feria.

Desde el punto de vista de la atención médica en el Hospital, el proceso es extremadamente lento e irresponsable. Sólo cuando estuvieron sorteados los obstáculos jurídicos, los médicos de las diferentes especialidades comenzaron los estudios e interpusieron objeciones médicas y éticas. Como activistas de la *Campaña por el Aborto Legal Seguro y Gratuito*, seguimos el caso, y se brindó asesoría legal a la familia para acelerar los trámites en la justicia. A su vez se articuló con referentes nacionales de la Campaña y con autoridades del Ministerio de Salud de la Nación. El Jefe de la Maternidad recibe llamadas desde el Ministerio de Salud de Nación, para que resuelva

el caso y a su vez desde la campaña por el aborto legal seguro y gratuito, Católicas por el Derecho a Decidir, INSGENAR entre otras instituciones. Eludía su responsabilidad y un día decía que estaba esperando la orden del ministerio, luego que le faltaba un estudio, que debía opinar el comité de ética, que un papel, y finalmente que tenía que convocar a una junta médica para resolver quién lo iba a hacer. Todos los días una excusa diferente. Termina la feria judicial y la jueza de menores dicta la curatela a favor de la hermana de PB. Las dos hermanas actuaron permanentemente con la convicción de que el embarazo no podía seguir adelante. La historia de PB hubiera sido muy distinta sino fuera por ellas. Finalmente luego de tres semanas de internación se le hizo una cesárea con ligadura tubaria.

El segundo caso es en febrero del 2010, cuando la madre de MJ va con su hija de 14 años a la Defensoría de Menores y presenta una denuncia de abuso. Vienen de una pequeña comunidad rural cercana a la ciudad. La defensora la derivó a la DINAF (Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia) y al Juzgado del Crimen para seguir con la causa penal. La revisa un médico forense y anuncia el embarazo. A partir de allí MJ, su madre y su padre solicitan su interrupción, con gran convicción. El médico (forense) opina que no es conveniente el aborto porque corre riesgo la vida de la niña⁴⁷. El Juez de Crimen que sigue la causa de la violación, le dice a la madre que a él no le corresponde autorizar (o no) el aborto, pero que si le pasa algo a la niña en caso de que se lo hicieran, él no se hará responsable. De alguna manera tanto el médico forense como el juez emiten respectivas amenazas. En contraposición una sicóloga forense recomienda la interrupción del embarazo. Le piden la primera ecografía y es derivada a un centro privado donde la madre debe pagar la práctica y allí revela 18 semanas de gestación.

Increíblemente la DINAF que debía velar por los derechos de la niña, construye un cerco de contención que garantice la continuidad del embarazo, desoye el pedido de la niña y sus padres y les ofrece asistencia psicológica a MJ y a PJ la hermana que también fue abusada. No llevarla al Hospital público es parte de esta estrategia, y de esta manera en este primer trimestre no la revisó ningún médico mas, ni se realizó ningún otro estudio que indague por ejemplo, si el abuso le contagió una enfermedad. El lunes 8 de marzo sale la noticia en un diario local, y el martes y miércoles van ampliando la información. La noticia periodística refleja la firmeza de la Directora de la DINAF por apostar a la continuidad del embarazo y también la misma firmeza en decisión de los padres por interrumpirlo. El día 10, a partir de la información que brinda el diario sobre el lugar y el nombre de la familia, como activistas de la Campaña por el Aborto Legal Seguro y Gratuito, visitamos a la madre y al padre para darles a conocer el derecho de la niña de interrumpir el embarazo.

Mientras tanto, la Dirección de Maternidad e Infancia, ofrece atención médica para evaluar las posibilidades de interrupción. La DINAF refuerza el cerco y dice que se ocupa del traslado

⁴⁷Un argumento que contradice todas las evidencias que señalan el riesgo que implica un embarazo para la salud y la vida de una niña.

pero finalmente no la lleva al hospital, su preocupación es la de brindar asistencia psicológica y social (le entregan a través del Instituto Provincial de la Vivienda, una casa en la ciudad). Su directora, presenta una denuncia a las activistas que visitamos a la familia por instigación al delito. En el diario dice: *El papá de la jovencita embarazada reveló que hubo personas que se acercaron a su domicilio para hacerles saber que su hija tenía “derecho” a abortar.* Y también que por esa razón, la familia cambió de opinión y vuelven a solicitar la interrupción. Tanto el programa de SSyPR de Nación, como otros organismos, Católicas por el Derecho a Decidir y la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, piden que se cumpla la voluntad de la niña y su familia y se respeten sus derechos a través de llamadas y cartas ante las autoridades de la provincia, como en el caso anterior.

MJ llega finalmente al HSE y le explican sus derechos y la alternativa de interrupción. MJ y su madre confirman por escrito su decisión de abortar. En ese momento que el HSE debía hacer la práctica, surgen nuevas dilaciones, hasta que finalmente van desde Ministerio de Salud a la casa a buscar a la niña para la interrupción de su embarazo, ella y su madre expresan haber cambiado de idea y que continuaría con el embarazo. En ese momento estaba presente un profesional de la DINAF en el hogar.

El manejo periodístico no solo fue cómplice de los conservadurismos sino que violó los derechos de la niña: no se preservó la identidad de la niña y presentó cada día la postura de la Iglesia y de las filas conservadoras. La única postura que surgió en apoyo de la niña fue el Subsecretario de Derechos Humanos de la provincia y una encuesta del mismo diario que tuvo un gran apoyo de la comunidad local. Las imágenes que acompañaron a las notas eran de fetos intraútero, de fetos muertos, escalofrantes. La Iglesia organizó una marcha por el niño por nacer.

La historia de Gladys es posterior al fallo de la Corte, sin embargo se encontró con numerosos obstáculos para que le den respuesta a su necesidad. Gladys tiene 41 años, tiene 5 hijos y después de 12 años del último hijo, se queda embarazada en un momento de su vida que no se lo podía imaginar. Ella ya tenía un problema renal grave por el cual se controlaba en el HSE. Tanto el médico nefrólogo como el obstetra evalúan que no puede seguir adelante por los riesgos graves que le podrían ocasionar, como una falla renal que la llevara a depender de por vida de una diálisis. Ella llega al HSE con 8 semanas de embarazo porque tenía miedo que su médico nefrólogo la rete. La ruta crítica que tuvo que seguir para que le practiquen el aborto es larga y laberíntica. En cada paso un obstáculo, un "volvó mañana", "el médico está en un congreso", "no lo podemos resolver", "puedes seguir adelante con el embarazo, el nefrólogo miente, te quiere asustar". Así pasaron las semanas, hasta que llegó la orden del Director del Hospital para que se le resuelve su problema que ponía en riesgo su vida y esa espera le provocó complicaciones en su enfermedad de los riñones.

Dos meses por tras de los médicos para que tengan que resolverme el problema.
Desde los dos meses y medio que yo empecé a hacer trámites, papeles, autorizaciones

y un jefe de sala se pasaba para el otro y el otro para el otro. Y así todos los días del mes estaba en el hospital. Todos los días. Puntual, temprano, esperando que ellos me atiendan y decidan lo que van a hacer. O que alguno se haga cargo de mi situación. Por que a medida que iba pasando el tiempo se me hacía un poco más difícil a mí tener que, que deshacerme de... de mi hijo. Pero anduvimos dos meses y medio, peleándole para que ellos decidan, no para que decidan, sino para que se hagan cargo. Porque uno de la sala 3 me mandaba a la sala 1 de la sala 1 a la sala 4 y así entre ellos se pasaban el problema y ninguno quería tomar una decisión hasta que llegamos al director, cuando el director dio la orden, recién se han hecho cargo

Y una médica me decía que podía seguir bien, que son casos que sí salen bien. Que no puede el doctor decir algo que no es. Que cómo te va a tener así. Que te está dando miedo. Te está metiendo miedo. Que sí puedo seguir. Que ellos me pueden atender muy bien. Y nos fuimos ese día como quien dice que yo le estaba mintiendo (Entrevista a Gladys, 2013).

Si existe un Fallo de la CSJN, si existen normativas explícitas del Ministerio de Salud de la Nación, hay una primera grieta que es la desobediencia de algunas provincias -como Santiago del Estero entre otras-, que dejan un mensaje oculto por parte de las políticas provinciales y por los responsables institucionales de que esa norma no se cumple rigurosamente. Tampoco quieren ser llevados a juicio o denunciados ante la Corte interamericana, por eso rige el silencio y las complicidades, y en Santiago los casos más graves (sobre todo de embarazo adolescente o infantil) se resuelven sigilosamente, la gobernadora, el obispo, el ministro lo saben, pero jamás reconocerán haberlo consentido.

En el HGBA, nos encontramos también con diferentes posturas respecto al aborto. Cuando preguntamos nos dijeron que en maternidad no se hacían abortos, que eso era del ámbito del servicio de ginecología. Sin embargo en una de las conversaciones de pasillo nos encontramos con esta otra historia.

En la puerta de la guardia hay una mujer con un bolso y un muchacho joven que parece su hijo. Ella tiene alrededor de 40 y es empleada municipal. Se está por recibir de trabajadora social. Le preguntamos si podemos hablar con ella y nos deja grabar la entrevista. Está ahí por su cuñada, de 29 años, que quedó internada ayer. Un embarazo de riesgo (por lo que nos va a decir más tarde la médica, de alto riesgo) que vino a controlar ayer a consultorio en el sexto mes de embarazo. Los últimos controles los había hecho en el Hospital, cuando la derivaron de la sala donde se atendía en Marcos Paz. Había tenido controles semanales, donde no tenía que esperar turno porque le daban prioridad por su condición de alto riesgo. Los familiares están conformes con el obstetra, que siempre ha sido sincero respecto de las complicaciones posibles y los riesgos para el feto. “Nunca nos mintió”. La mujer llegó ayer al consultorio, acompañada por la suegra. Había perdido el líquido de la bolsa y su salud estaba muy comprometida. Tuvieron que matar al feto e inducir el parto para salvarle la vida a la mujer. (Cuaderno de campo, HGBA 2014)

Este caso no era reconocido por los/as médicos/as del servicio como un aborto. Nos quedó la sensación de que estaba naturalizado que tenían el deber de salvar la vida de esta joven, que no se

cuestionaban la posibilidad de no asistirle en la necesaria resolución de la emergencia. Aunque de esto resultara que el feto muera.

A modo de cierre de este apartado, resaltar dos cuestiones características de los obstáculos que las mujeres encuentran al momento de reclamar sus derechos, ya sea al aborto como en las historias relatadas pero también cuando solicitan una ligadura tubaria. Aquí el tiempo es una estrategia para dilatar reiteradamente los pedidos de las mujeres⁴⁸. Hay una especulación de que la mujer ante tanta negación reiterada, y con el paso del tiempo, cambie de idea o se resigne. Otro aspecto significativo es la hipocresía que subyace a los modos de resolución de las demandas de las mujeres ya sea que se trate de un servicio público o uno privado.

La Campaña nacional por el aborto legal seguro y gratuito nace en el año 2006 impulsada por distintas organizaciones feministas y desde entonces ha presentado numerosas propuestas de ley ante el Congreso de la Nación para la legalización del aborto que luego de diez años, no ha logrado aún ingresar el debate al recinto. Es esta una gran deuda de la democracia argentina para con las mujeres, en uno de los temas más sensibles para nuestra autonomía y reconocimiento como ciudadanas. Mientras tanto el circuito de la clandestinidad lucra con el cuerpo y la vida de las mujeres.

Patricia González (2015:64) la cita a Dora Coledesky en una intervención en el año 2004 en RIMA (Red informática de mujeres argentinas)

“...No nos equivoquemos: nuestra reivindicación no es solamente una respuesta a la muerte de las mujeres, por no tener la posibilidad de poder efectuarse un aborto en condiciones asépticas en un hospital público. Es algo mucho más profundo que toca a la igualdad, a la democracia, a la libertad. Nadie puede sustituirnos en las decisiones que nos implican, porque tienen relación con nuestra vida, con nuestros sentimientos, con nuestra responsabilidad como seres humanos y sin embargo nunca fuimos consultadas, como si no fuéramos ciudadanas...”.

II.6. Entre leyes y derechos, entre agentes y el Estado.

No caben dudas de los logros ocurridos en materia de derechos de las mujeres, aunque la brecha que separa la ley de su cumplimiento al interior de las instituciones es amplia. Nancy Fraser (2009) en un artículo provocador plantea que desde el movimiento feminista vimos en las leyes una solución a las desigualdades y trabajó para su sanción quedando envuelto en una estrategia del capitalismo patriarcal que de modo laberíntico se refunda y hace sentir una ficción "como si". Plantea además que los temas de agenda del feminismo lograron un amplio consenso social que ha resultado en un cambio de mentalidades, pero que paradójicamente no se traducen en

⁴⁸Vuelvo sobre el uso del tiempo como dispositivo de dominación en el Capítulo V

un cambio de las estructuras institucionales y de las prácticas a su interior, que ofrecen tremendas resistencias.

Pareciera que el mundo simbólico que rodea a la idea de justicia, estuviera centrado en un énfasis punitivo y que, cuando los marcos legales son propositivos, de avances en las conquistas de derechos, al no contener sanciones explícitas, quedan en las fronteras de un campo no reconocido y borroso. Dice Nancy Fraser "de lo que se trata es de dirigir la atención hacia la distancia entre lo real y lo ideal; es decir, llamar la atención, acogiéndonos a una noción abstracta de justicia, a fin de que esto nos ayude a reconocer la injusticia" (Fraser, 2014).

Nos encontramos con la paradoja de que existe una distancia entre los derechos consagrados por el Estado y las posibilidades de garantía por parte de ese mismo Estado, sus instituciones y sus agentes. El Estado sanciona la norma y el mismo Estado la incumple⁴⁹. Esto evidencia las grietas y contradicciones entre los/as funcionarios/as de los diversos *estados* que conviven en distintos espacios de los gobiernos (Arenas, Canevari et al, 2016) y la falta de difusión de las normas pone en evidencia la escasa decisión política de su efectivo cumplimiento. El movimiento feminista ha impulsado numerosas acciones para la sanción de las leyes y la distancia que existe entre la satisfacción por la conquista de las leyes y su eficacia práctica, es generador de un sentimiento de frustración que evidencia la necesidad de continuar trabajando por las transformaciones.

Julieta Lemaitre (2007) hace una genealogía del concepto de fetichismo legal y señala dos orígenes del término. Uno vinculado al marxismo que denuncia la superestructura vinculada a las clases dominantes dentro de la sociedad individualista y que oculta las relaciones de poder entre las clases. El otro origen anti-formalista, hace una crítica a la excesiva actitud exegética ante la letra de la ley. Señala también que ambas concepciones conviven tanto para denunciar un formalismo excesivo como las complicidades con las clases dominantes.

Patricia González en su tesis sobre la legalización del aborto plantea al respecto lo siguiente:

Es precisamente el *fetichismo de la ley* uno de los puntos que las feministas de tradición marxista se encargan de denunciar. Retomo entonces estas contribuciones, no para redundar en posturas simplistas, totalizantes o fatalistas respecto de la potencialidad de los reconocimientos de derechos humanos, máxime en relación con las mujeres, sino para insistir en que *declaración* no es lo mismo que transformación de las relaciones de poder y que tales procesos, además de estar acompañados por leyes específicas requieren de acción política redistributiva, de abolición de privilegios, de transformaciones sustanciales en los modelos de producción, acumulación y distribución, sin las cuales las leyes están destinadas a caer en letra muerta, con un efecto perverso, maquillar las desigualdades que persisten (González, 2015:66).

⁴⁹En estos últimos años han habido cambios de gobiernos en la región (Brasil y Argentina) y en EEUU que dan cuenta de cómo un sistema democrático puede dar un giro copernicano en la política de derechos. El caso de Brasil nos ha mostrado como las corporaciones pueden tomar el Estado por asalto sin necesidad de las armas de décadas pasadas. Esto suscita una gran preocupación sobre el funcionamiento de las instituciones de los gobiernos que deberían ser garantes de derechos.

Rita Segato (2013) en el Informe de experta, en el Tribunal Internacional de derechos de las Mujeres- Viena +20 plantea que no se pueden comprender las dificultades que enfrentamos las mujeres en la búsqueda de una vida libre de violencia sino lo enmarcamos dentro de un modelo teórico explicativo que de cuenta de las estructuras patriarcales que en definitiva pone en marcha los mecanismos de la violencia.

De hecho, es necesario, inclusive, lidiar con la perplejidad de que, aunque nunca las mujeres hemos tenido más capacidad de denuncia que en los días de hoy y nunca tuvimos más capacidad de demandar apoyos por parte del Estado y la sociedad, nunca fuimos más vulnerables a las agresiones de tipo letal y a las formas de crueldad que hoy se aplican al cuerpo de las mujeres. ¿Por qué? Porque la legislación formal no es capaz de desarticular ese artefacto – o dispositivo - violento que organiza las relaciones interpersonales que llamamos “patriarcado” (Segato, 2013:83).

Si el Estado forma parte de esta estructura patriarcal y las leyes que se emiten, y las instituciones que operan como garantes responden a los mismos juegos de poder y dominación, debemos reconocer que enfrentamos obstáculos estructurales. Que tienen que ver con las subjetividades de los/as agentes, con las prácticas impensadas, con las dificultades de reconocimiento de un/a otro/a que ha sido históricamente subalternizado. Si no hay una voluntad política decidida, difícilmente se cumpla la norma.

Los feminismos históricamente presionan sobre el Estado, impulsando avances y monitoreando la garantía de derechos. A su vez establecen alianzas para concretar acciones que provocan consecuentes reacciones. El activismo para la conquista de derechos es generador de una emoción ligada no necesariamente a los beneficios concretos sino a los significados políticos y culturales que invoca la ley.

Si bien a nivel nacional se han impulsado algunas normativas orientadas a garantizar los derechos de las mujeres, no siempre esto se asume en las diferentes instituciones sanitarias o en territorios de las provincias. Las prácticas llevadas adelante desde el Estado, son entonces contradictorias, en ocasiones divergentes y complejizan el campo.

El acceso a los derechos sexuales y reproductivos, que son parte constitutiva de los derechos humanos, exige por parte del Estado la garantía de existencia de mecanismos habilitantes que posibiliten su ejercicio. Por otro lado el reconocimiento de las mujeres como sujetas morales a fin de que puedan ser titulares de derechos (Rostagnol, 2006). El desafío entonces es una transformación ética de las prácticas. Mientras no se reconozca a las mujeres en tanto sujetas de derechos y la soberanía sobre su territorio más elemental que es su propio cuerpo, no se revertirá la relación de status que sustenta el tutelaje.

La Iglesia Católica opera de una manera reactiva defendiendo sus propios intereses. Juan Marco Vaggione (2005) lo denomina *politización reactiva*, refiriéndose a la movilización de grupos religiosos conservadores para impedir la liberalización del género y de la sexualidad. La

histórica y estrecha relación entre el Estado argentino y la Iglesia católica, resulta en prácticas impregnadas de concepciones tutelares, regidas por una moral considerada única y universal, dejando de lado la necesaria laicidad del Estado y el cumplimiento de las leyes vigentes.

Si las conquistas de derechos no se expresan en políticas que impulsen un accionar proactivo que facilite el acceso a los mismos, termina siendo una conquista frustrante. Existe la ley, pero es inalcanzable. La transformación de los prejuicios y las prácticas de los/las profesionales de salud y particularmente de los/las médicos/as, es la tarea necesaria.

Perduran algunos núcleos duros de resistencia patriarcal que aún no se interpelan. Sería el caso de la educación sexual integral en las instituciones educativas, las leyes de ligadura tubaria o los abortos no punibles. Hay una sensibilidad particular por parte de los patriarcados por sostener el control sobre los cuerpos de las mujeres en los temas referidos a la sexualidad y la reproducción. Estamos frente a otra paradoja que sería curiosamente la libido que se deposita para el disciplinamiento sexual de las mujeres.

En la agenda del movimiento feminista tendremos que diseñar las estrategias para impulsar las transformaciones institucionales, con cautela para no caer en trampas.

Capítulo III

Salud, medicina y patriarcado

En el análisis de la medicina desde una perspectiva feminista crítica me refiero específicamente al funcionamiento social de la misma y no a las personas que la ejercen que pueden ser o no del todo conscientes de las estructuras que enmarcan sus prácticas. Siguiendo el propósito de esta primera parte de la tesis que es situar al objeto de estudio, en este capítulo busco indagar sobre algunos presupuestos básicos y conceptos para describir las ciencias médicas apuntando a la comprensión de las estrategias colonizadoras de la subjetividad de las personas para la generación de prácticas de consumo en salud. Desde la creación de necesidades que despierta la dependencia, hasta la comprensión del concepto de autonomía analizado de modo relacional. Para finalizar con una descripción de diferentes modelos de nacimiento que conviven en las instituciones sanitarias tomando la propuesta de Robbie Davis-Floyd.

III.1. La salud y el poder

Las ciencias médicas⁵⁰ o ciencias de la salud son un conjunto complejo de una gran variedad de disciplinas que incluyen desde la bioquímica a la antropología médica. Por lo general en la medicina moderna se plantea un debate respecto al necesario balance de conceptualizar el objeto de estudio de las *ciencias de la salud* (ya no solamente de la medicina) con componentes vinculados por un lado a la naturaleza o a lo biomédico; y por el otro un enfoque socioantropológico que considera que los procesos de salud y enfermedades son hechos del campo de las relaciones sociales (Samaja, 2009). Se puede señalar que estos enfoques se basan en paradigmas que generalmente se presentan como contrapuestos aunque no necesariamente sean así: el positivista que reduce la problemática de la salud a procesos individuales y biológicos y la respuesta a un tratamiento con el uso de un medicamento (*a pill for ill*) y aquel que entiende la salud, la enfermedad y la atención como procesos sociales donde cada pueblo tiene diversas formas de enfermarse, curarse y morir, y las desigualdades socioeconómicas operan como determinaciones. De este modo se comprenden fundamentos epistemológicos de la medicina más o menos positivistas o fundamentos más o menos socioantropológicos. Aunque como afirma Dora

⁵⁰ En la introducción, para definición del problema objeto de estudio se ha conceptualizado el campo de la medicina. En este apartado apuntamos a reflexionar sobre sus fundamentos epistemológicos.

Barrancos⁵¹ "todas las ciencias son sociales" y esto es evidente para este caso ya que más allá de la amplitud de paradigmas y enfoques, lo que comparten estas disciplinas tan variadas es que tienen su mirada puesta en el ser humano y su entorno social. Más allá de la complejidad disciplinar de las ciencias de la salud y particularmente de la medicina, hay sin duda una histórica inclinación hacia el biologismo y como afirma Donna Haraway (1991:114) "la biología es la ciencia de la vida concebida y escrita con la palabra del padre", y agrega "la palabra era de Aristóteles, de Galileo, de Bacon, de Newton, de Linneo, de Darwin y la carne era de mujer". Retomando la idea trazada en el primer capítulo de la relación del sujeto masculino de la ciencia y su objeto femenino, hay un particular interés en atender las cuestiones de la biología de las mujeres que se presenta misteriosa, incomprensible, voluble. Virginia Woolf en este sentido se pregunta: ¿Tienen idea de cuántos libros se escriben sobre la mujer en un solo año?; ¿Tienen idea de cuantos son escritos por hombres?; ¿Saben que somos quizás el animal más estudiado del mundo? (Ehrenreich y English, 1990).

Apuntando a las generalidades de los sistemas médicos Madel Teresinha Luz (2005:34) plantea que tienen cinco dimensiones que son básicas y que se encuentran estructuradas en términos teóricos y simbólicos y que es aplicable a la medicina hegemónica bio tecno farmacológica o a otras posibles (homeopatía, medicina china, ayurveda, naturista): 1) Una morfología o anatomía humana que define la estructura y la organización del cuerpo o los cuerpos; 2) Una dinámica vital o fisiología humana, que define el movimiento, su equilibrio o desequilibrio del cuerpo o los cuerpos, sus orígenes o causas; 3) Una doctrina médica, que es en verdad un corpus doctrinario que define, en cada sistema qué es el proceso salud enfermedad o qué es enfermedad o padecimiento, en sus orígenes o causas, lo que es posible tratar o curar, y lo que pertenece o no al campo médico (aquello que no es tratable o no tiene cura); 4) Un sistema de diagnóstico, por el cual se determina si hay o no un proceso mórbido, su naturaleza, fase y evolución probable, origen o causa; 5) Un sistema terapéutico, por el cual se determinan las formas de intervención adecuadas a cada proceso mórbido identificado por la dimensión diagnóstica.

La palabra medicina deriva del latín *medicus*- *mederi* que se asocia a la reflexión para tomar medidas adecuadas, otras palabras que están asociadas son: remedio, meditar, moderar, moderado, modesto. La clave parece ser cuidar y meditar. A pesar del gran racionalismo con el que se reviste, también se define a la medicina como la ciencia y el arte de curar. Gutiérrez Fuentes (2008) plantea que el arte en medicina posee dos fines fundamentales. Por un lado transmitir sentimientos y emociones, y por el otro despertar la magia interior. El arte de la medicina pareciera focalizarse en la capacidad de discernimiento de los fenómenos corporales y en esa relación frecuente con la vida y la muerte. Pero además en la necesaria interpretación de lo visible y lo invisible de los fenómenos que la ocupan. Aunque a medida que la medicina ha ingresado al mercado de la

⁵¹ Conferencia en Santiago del Estero (2016).

economía capitalista, se podría afirmar que aspectos vinculados a su lado más *artístico* se encuentran amenazados. La búsqueda de un diagnóstico con el consecuente tratamiento, se aleja cada vez más de la exploración física, la clínica y el diálogo y queda mediado con las tecnologías, el laboratorio, los numerosos estudios complementarios que reducen el tiempo de la consulta y ponen las respuestas del problema consultado no en el saber profesional sino en la capacidad de interpretación de los resultados comprobables. Habría una gran cantidad de tecnología científica y poco de arte en la medicina contemporánea, una gran cantidad de la tecnociencia o poco arte porque hay mucha tecnociencia.

Hay otro aspecto relevante y que habitualmente no entra en estas caracterizaciones y es el rasgo moralizador de las medicinas que se imprimen con fuerza en la subjetividad de las personas y de la sociedad. Retomando el lenguaje de Quijano podríamos decir que se trata de la colonialidad del poder médico. Las prácticas médicas apuntan cuestiones valorativas del ser y el deber ser, de lo normal y lo patológico (Samaja, 2009). Este enfoque moralizador impulsa el discurso y las prácticas de los/as profesionales de la medicina, colonizando mentes y cuerpos. Entonces el carácter moralizador también se relaciona con las definiciones de las fronteras entre lo normal y lo patológico, para la normalidad el control y un énfasis puesto en lo patológico. Y esta moral solo es posible plantearla desde una posición de autoridad y superioridad, que también se expresa en prácticas de tutelaje (Nugent, 2005) sobre todo hacia las mujeres que se considera que no disponen de las capacidades para tomar decisiones sobre sus cuerpos⁵².

Foucault (2008a:112) plantea la existencia de una vinculación en los orígenes de la cultura occidental entre la filosofía y la medicina: “la medicina no se concebía simplemente como una técnica de intervención que apela, en los casos de enfermedad a los remedios y las operaciones. Debía también bajo la forma de un corpus de saber y de reglas, definir una manera de vivir, un modo de relación meditada con uno mismo, con el propio cuerpo, con los alimentos, con la vigilia y el sueño, con las diferentes actividades, y con el medio ambiente”.

En otro orden, la medicina tiene desde sus orígenes y a lo largo de su historia, vínculos con la guerra, los ejércitos y esto trasciende en el lenguaje. Se habla de la *guardia*, del *interrogatorio*, del *control* y la *vigilancia* epidemiológica, del *seguimiento* de un caso, de la dosis de *ataque* de un antibiótico, de las *estrategias* terapéuticas, o del ganglio *centinela* (Bordelois, 2009). Y en tanto organización social está estructurada jerárquica y autoritariamente desde la formación a la atención. Y basa su fuerza de trabajo en las mujeres que ocupan los lugares institucionales subalternos y la elección de las especialidades médicas encuentra también una discriminación por géneros⁵³.

La mercantilización y medicalización de sus prácticas y la idea de que los procesos que asisten

⁵²Vuelvo sobre este tema en la segunda parte.

⁵³La especialidad de la obstetricia está en proceso de feminización lo que provoca preocupación en algunos colegas. Las mujeres eligen más la pediatría, y por ejemplo la neurocirugía es una especialidad que les está vedada.

son biológicos exclusivamente, fragmenta los cuerpos desatendiendo a la integralidad de las personas y responde a intereses de lucro. El modelo médico hegemónico amplía progresivamente su injerencia en los procesos de salud/ enfermedad/ atención de las personas, con una creciente mercantilización de las prácticas médicas. En este proceso intervienen diferentes intereses y actores, tales como las corporaciones médicas y los laboratorios farmacéuticos. Eduardo Menéndez (2002) enumera algunas características de este modelo, al que denomina hegemónico: "biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica". Este modelo ha sido y es cuestionado desde diferentes enfoques y disciplinas (Illich, 1978; Passos Nogueira, 2008; Foucault, 2008a.c.d; Castro y Bronfman, 1998; Ramos, 2001; Castro, 2014 a/b; entre otros).

Daniel Chávez (2017) agrega que otra característica de este modelo es la inducción al consumo, el mercantilismo, el individualismo y la falta de solidaridad. Señala un deterioro de la escucha y la palabra, que están transformando los vínculos, y esto es especialmente notorio en la medicina. Los/as médicos ven resonancias magnéticas pero no dialogan con las personas que atienden. Pero además hay una colonización de estas personas que llegan al consultorio pidiendo que le realicen estudios o le indiquen fármacos. El prestigio de un profesional que no interviene con tecnologías o medicamentos es dudoso.

"La medicina se mercantilizó. La sociedad se medicalizó. Las emociones se medican; el duelo se medica. Se crearon nuevas enfermedades que favorecieron la indebida farmacologización. Al mismo tiempo, sucede que los destinos de la medicina ya no los manejan los médicos sino aquellos administradores, gerentes, que dirigen las empresas médicas y las instituciones. Es claro que la tecnología arrasó con la relación médico-paciente. Sin embargo, los métodos complementarios de diagnóstico son eso: métodos complementarios. La conversación, la escucha, el examen, son irremplazables" (Chávez, entrevista en Página 12).

Se considera al cuerpo como un objeto material, centrándose en los procesos biológicos de manera primordial, ignorando las necesidades subjetivas de las personas y su entorno. Esto las expone a permanentes situaciones de ejercicio de violencia, cita Sen (2005:6) a Larme: "El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo".

Estas dinámicas de poder son relacionales y complejas; no operan unidireccional y dialécticamente sino como algo que circula transversalmente sin estar localizado o quieto en los individuos (Foucault, 1979). Se trata de una red de interacciones de poderes y micropoderes en tanto que si el poder solo trabajara con la represión sería débil, su fuerza radica en que opera a

nivel de los deseos y saberes. Y plantea "que nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio del poder, allí en donde se materializa el poder" (1979:105).

Almudena Hernando (2015:16) plantea que "...la principal trampa del orden social para legitimar las desigualdades consiste en enseñar a todos sus miembros a mirar el mundo a través de la mirada particular de quienes tienen el poder. Este particular punto de vista se inviste de universalidad a través de las instituciones de enseñanza, información y publicidad se convierten en la *verdad* que toda la sociedad reproduce, aunque no se ajuste a la experiencia de quienes no ocupan esa posición de poder".

Pero lo que ocurre es que hay una permanente expansión de la colonialidad del poder y también en las subjetividades. De modo tal que en ocasiones una subjetividad colonizada desea lo que desea el poder, el dominador sin necesidad de imposiciones. En el mismo sentido Aníbal Quijano (1991:439) plantea que "el instrumento principal de todo poder es su capacidad de seducción". La colonialidad para extenderse precisa del ejercicio del poder seductor que opera sobre los cuerpos y sobre las subjetividades. Hay un tránsito del poder disciplinar a un poder libidinal (Castro Gómez, 2005).

Para Donna Haraway (1991) la ciencia se ocupa del conocimiento y el poder, y en esta trayectoria busca la dominación del cuerpo. Un cuerpo que para la medicina se presenta fragmentado, mecanizado, protocolizado. Es posible que la medicina opere con la idea de una criatura híbrida compuesta de organismo y de máquina, al modo de un cyborg.

El objeto de estudio de la medicina son los cuerpos en tanto materialidad, y esta centralidad define sus representaciones y sus prácticas. "El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo bio-político lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica" (Foucault, 2001).

Michel Foucault (2008a) explica también que el proceso de conformación de la medicina moderna y la consolidación de esta estrategia biopolítica fue posible no por el éxito del ejercicio profesional personal sino que sostiene que la medicina moderna es social y que la prolongación de la vida se logra gracias a que han habido estrategias que se aplicaron de forma masiva como por ejemplo el acceso a los servicios de agua potable, mejoramiento de las viviendas, alimentación.

Lo que Michel Foucault no explora es cómo esta estrategia biopolítica que lleva adelante la medicina, la hace sobre los cuerpos de las mujeres. Porque si el capitalismo precisaba fuerza de trabajo, el único modo de obtenerla era a través del control de la reproducción, que ocurre necesariamente en un cuerpo femenino.

III.2. Tematizando salud, enfermedad y atención

Una consecuencia directa e inevitable de la salud instalada como bien de mercado, es el hecho de construir estamentos de consumidores/as de acuerdo a sus ingresos generando así dolorosas desigualdades. Al concepto mercantilizador de la salud se opone aquella que se consagra en la Declaración Universal de Derechos Humanos en su Artículo 25º, párrafo 1 que afirma que la salud es un derecho humano y recién en la segunda mitad del siglo XX se comienza a impulsar la idea de que la ciudadanía puede exigir al Estado su garantía. Comprendiendo a la salud desde una perspectiva holística y como un derecho humano, necesariamente debe ser considerada desde la integralidad, interrelación e interdependencia de los derechos (Chiarotti, 2003). De manera tal que no existe derecho a la salud, sin alimentación, sin alegría, sin agua, sin buenos tratos, sin vestido, sin amistades, sin trabajo, con discriminación y fundamentalmente con violencia.

Si la salud es un derecho, el Estado debe garantizarla. La lógica de la economía de intercambios simbólicos en los servicios públicos, plantea la idea de que el Hospital brinda atención y cuidados a la salud de las personas y que los/las usuarias, no otorgan nada a cambio. Esta idea es peligrosa en una sociedad en donde la salud se ha mercantilizado y en donde el dinero es lo que define el acceso a servicios de calidad. Karl Marx plantea que el dinero convierte al viejo en joven, al feo en bello y dota de piernas al paralítico. Mientras, sometido el pobre al poder del dinero queda empobrecido en todos los aspectos de su vida (Fuentes Morúa, 2000).

Han habido numerosas propuestas de conceptualizar la salud desde perspectivas más holísticas, vinculadas al medio ambiente, como procesos sociales y comunitarios, o vinculada a la alegría⁵⁴. El intento de construir un concepto que aproxime a una idea de qué es la salud, es una empresa bastante compleja y hay muy diversos enfoques que escapan al objetivo de este apartado. Cada pueblo lo concibe de diferentes maneras, cada momento de la historia se comprende de un modo distinto⁵⁵. Hablar de salud desde la perspectiva hegemónica vigente, remite inmediatamente a la enfermedad, se comprende que la salud es no padecer enfermedades.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (1946) al momento de su constitución dice que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

⁵⁴Julio Monsalvo, médico cordobés que vive hace tiempo en Formosa, impulsa el concepto de la salud como alegremia que podría traducirse como alegría en sangre. Y considera que para alcanzar un buen nivel de alegremia es necesario acceder a las siguientes condiciones que comienzan también con "A": albergue, abrigo, agua, alimentos, amistad, amor, arte, aprendizaje. Impulsa un movimiento que busca que la salud este en manos de las comunidades utilizando los recursos disponibles y desarrollando saberes apropiados para la resolución de problemas de salud frecuentes y sencillos.

⁵⁵En la década de los 80 se realizó un congreso en Perpignan (Francia) en el cual un grupo de intelectuales reactualizó la noción de la salud como "aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa" (Entrevista a Ciapponi en P12. 10 febrero 16).

ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados". Vemos que esta definición contiene una trampa moderna referida a una promesa de un ideal inalcanzable, de una vida que se presenta como posible pero que no lo es. Porque ese completo bienestar es utópico, para alcanzar ese estado de completo bienestar hacia donde marchamos para obtener mejor salud, las respuestas parece que pudieran ser infinitas (siempre se requiere algo más, estar un poco mejor) y quedar al alcance del mercado. Allí siempre hay una píldora que atenúe los malestares y nos ofrezca el bienestar deseado. El capitalismo médico nos hace creer que ampliando el espectro de consumo aumenta así el bienestar. Otras críticas a esta definición apuntan al hecho de afirmar un carácter estático (es un estado...) de la salud, cuando el tránsito vital está acompañado de un gran dinamismo. Además al agregar la aclaración de que no sólo es la ausencia de enfermedades deja abierta la duda de que aunque me sienta bien, puedo estar padeciendo una enfermedad. Esta definición que tiene un carácter individualizante, tiene a su vez un carácter político que resultó funcional al proceso de mercantilización de la medicina. Porque de manera progresiva se ha instalado a la salud como un bien de consumo, y se ha construido la idea de que la salud se puede obtener con servicios médicos, con fármacos, tecnología y atención. Se puede conseguir salud, es un camino posible y en ese camino no hay techo porque siempre se puede buscar más y mejor salud. Y aquí queda claro que el éxito del capitalismo médico es haber instalado a la salud- enfermedad como un bien de mercado que es posible comprar con dinero.

En esta misma dirección Roberto Castro (2011) plantea que para diagnosticar una enfermedad no es suficiente con la existencia de una anormalidad biológica sino que es necesario también de una interpretación socialmente determinada del fenómeno. Y agrega "es difícil detectar cómo influye la ideología capitalista en nuestra definición de enfermedad, precisamente porque dicha ideología se describe a sí misma como el estado más avanzado y racional del conocimiento" (Castro, 2011:112). Es que los discursos acerca de la salud significan modos de pensar, escribir, hablar acerca de la salud y sus prácticas. Es necesario ubicar estos discursos en los momentos históricos y conocer las razones por las que se legitiman al acompañar y ajustarse al orden económico, político y social donde son generados, sostenidos y reproducidos (Castiel y Alvarez, 2007).

El carácter histórico de los procesos de salud - enfermedad están bien expresados por Susan Sontag (1996) en el libro *La enfermedad y sus metáforas* en donde analiza la tuberculosis, el cáncer y luego en una segunda edición hace una ampliación para referirse al SIDA. Ella propone analizar estas enfermedades metafóricamente, es decir como expresiones sociales, culturales y

económicas en diferentes momentos de la historia que de alguna manera resultan en un lenguaje descriptivo de diversos padecimientos o insatisfacciones que se presentan individualizadas pero que también dan cuenta del contexto donde se producen y reproducen.

Apuntando en el mismo sentido de comprender a las enfermedades como resultado de complejos procesos sociales, económicos, y también políticos, el movimiento de la medicina social (medicina comunitaria o salud colectiva) se propone una modificación de la medicina hacia un mayor compromiso político y una ampliación de la responsabilidad del Estado. Se contraponen a la medicina preventiva que se presenta como una lectura liberal y civil de los problemas de salud y del sistema. Se propone entender a la salud y a la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación. Adopta una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la salud- enfermedad de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos, cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (López Arellano et al, 2008). Se trata de hacer visible que las estructuras de dominación y poder vigentes en las relaciones sociales, también son determinaciones para la salud y la enfermedad. Y se ha estudiado lo suficiente como para brindar evidencia de que los modos vivir, enfermar o morir tienen características diferenciadas de acuerdo a la pertenencia a diferentes grupos sociales, el sexo, el género, la edad, la raza, grupos étnicos, entorno ambiental y obviamente la clase social.

III.3. Necesidad y riesgo, responsabilidad y autonomía

En el primer capítulo se presenta el negocio de la salud como un poder que no reconoce fronteras y que se enriquece de un modo vertiginoso, en donde el discurso de derechos queda en enunciación con una debatida expresión práctica. Aquí me propongo trabajar sobre una relación que es funcional al modelo médico, entre la producción de necesidades en salud ahora asociadas al riesgo (a su vez asociado al miedo), la responsabilidad (asociada a la culpa) y la autonomía (asociada a la dependencia).

Una estrategia de la economía capitalista es la creación de necesidades que luego se trasladen al consumo, personas necesitadas que se presupone que nunca podrán estar enteramente satisfechas porque siempre es posible consumir un poco más, siempre hay una nueva necesidad y las insatisfacciones se renuevan. Así se instalan una marca de zapatillas, una cerveza, modos de

vestir o modelos de belleza. Cuando esta lógica es aplicada a la salud, nos confronta con una llamada de atención que señaló oportunamente Iván Illich en 1978: "La medicina institucionalizada se transformó en una gran amenaza para la salud". "La empresa médica amenaza la salud. La colonización médica de la vida aliena los medios de tratamiento y su monopolio profesional impide que el conocimiento científico sea compartido" (Passos Nogueira cita a Illich, 2008:25). El consumo en la búsqueda de mayor y mejor salud puede ser inagotable. Salimos de un consultorio médico con una infinidad de estudios y recetas de medicamentos que son el inicio de un camino de diversos consumos que obviamente contienen un costo variable pero siempre significativo.

Iván Illich (1978:30) analiza el proceso de producción social de las necesidades: "la necesidad usada como sustantivo, se tornó la ración con la cual los profesionales alimentan su dominación" y señala tres momentos de este proceso. El primer momento para la producción de necesidades en salud ha sido la aparición de los quimioterápicos y antibióticos que colaboraron en la creación del papel de enfermo en donde el ir a la consulta de un/a médico/a pasó a ser una obligación. En un segundo momento crece la idea de la medicina preventiva, de modo tal que toda persona es sospechada de enferma hasta que se demuestre lo contrario. El tercer momento se caracteriza por la fragmentación de las necesidades, tanto físicas como síquicas, tanto curativas como preventivas que pasan a dirigir la intervención de diferentes profesionales especializados. Una vez que se han creado las necesidades, la atención y el cuidado se convierten en una paralizadora compulsión de consumo. Agregaría un cuarto momento a esta descripción, que es la imposición de una idea de riesgo que es el nutriente fundamental para el desarrollo del miedo, hemos pasado de la creación de necesidades a la creación de riesgos. Así surgen los seguros de salud, primero de cobertura básica y luego con más ofertas de mayores servicios, vinculados a mayores riesgos de enfermar, tener accidentes, padecer un cáncer de mama⁵⁶, que en cierta manera ofrecen certezas a las incertidumbres que sentimos ante el futuro. Las necesidades formaban parte de aquello a lo que debían dar respuesta los estados, la idea del riesgo de alguna manera individualiza el problema y es cada persona la responsable de prever los riesgos (Passos Nogueira, 2008). A su vez el riesgo como una categoría que emana del sistema de seguros es fundamentalmente heterónoma.

Entonces la creación de las necesidades, la conciencia del riesgo o la colonización de las subjetividades para la siembra de necesidades, provocan un aumento de la dependencia, dando una mayor valoración al poder del dinero. "La obsesión por la producción y el consumo por vía del mercado y por los profesionales de toda índole (incluso los de la salud) presupone que jamás puedan ser íntegramente satisfechas" (Passos Nogueira, 2008:61). El consumo intensivo de la medicina es una forma de dependencia (en el sentido de la drogadependencia) y está

⁵⁶ Durante un período he recibido insistentes llamadas telefónicas en donde se me ofrecía un seguro por el riesgo de contraer un cáncer de mama, también por si sufría un problema cardíaco, o si me ocurría un accidente en la vía pública y la lista de ofertas sería interminable.

monopolizado por el ejercicio profesional de los/as médicos/as. Además estas necesidades van mutando periódicamente y para el caso de la medicina se instalan como resultado de estudios científicos que sustentan las prácticas asociadas a la prevención, los estudios periódicos necesarios, o los mejores medicamentos para resolver tal o cual malestar. Así se pone de moda el control estricto del colesterol (modifican los valores normales de modo tal que lo patológico tenga mayor frecuencia), o los estudios de rutina para diagnosticar patologías (como la colonoscopia en las mujeres de más de 50 años) o el uso de psicofármacos para el síndrome de atención dispersa en la infancia. Y en este sentido, también se crean necesidades estéticas, siendo esta una especialidad con un crecimiento importante, y en este campo las mujeres y las personas trans son las que en mayor número sienten la necesidad de intervenir sobre sus cuerpos por la búsqueda de belleza y juventud.

Agrega Mónica Müller (2014:157) que "el poder persuasivo de la industria médica se afirma sobre dos bases: la amenaza y el soborno. La primera se construye mediante la magnificación, difusión o eventual creación de síntomas, cuadros clínicos y enfermedades; el segundo con la oferta de prevención o tratamiento para cada una de esas amenazas". Se trata de patologizar, creando enfermedades en procesos naturales, o induciendo el miedo, o sensaciones de alarma, para luego poder medicalizar, estudiar, medicamentar y acrecentar negocios. Y la medicina se fortalece luego de cada epidemia que generan pánico y un estado de shock que logra que posteriormente ella resurja empoderada (Armus, 2002). La *creación* del riesgo, apunta a la generación del miedo como antesala para la búsqueda heterónoma de protección. De esta manera el riesgo contiene una normativa dirigida a la conducta personal y social y volviendo sobre el carácter moralizador de la medicina, este concepto apunta en el mismo sentido. De modo tal que la conciencia de riesgo futuro -en sus aspectos positivos- puede modificar conductas de cuidado personal y comunitario que se anticipen. No se puede vender seguridad o protección si no se ha sembrado el miedo, la conciencia de riesgo.

Luis David Castiel y Carlos Alvarez Dardet Díaz dicen al respecto:

Existe algo de persecutorio en la idea de conocer el futuro para prevenirse de las muchas amenazas que parecen acecharnos. Esta preocupación aparece cada vez más en las ciencias que tienen el apremio en relación con la predictibilidad que caracteriza otras disciplinas científicas, como la economía o la epidemiología (incluso, ambas operan con la noción virtual del riesgo). Además, hay sectores de las ciencias de la salud que empezaron a colaborar con más fuerza con estrategias corporativas de la industria farmacéutica para hacer la ocurrencia de la enfermedad como un espacio ampliable tanto en el presente al crear nuevas enfermedades y mediante la noción del riesgo, medicalizando también el futuro. La noción del riesgo acompaña al encogimiento de sentimiento de la capacidad de gestionar los muchos elementos y variables que componen el tiempo presente y se manifiesta en las sensaciones de desasosiego que rondan a las sociedades modernas. Esta sensación de gran inseguridad de nuestra época parece generar una búsqueda de previsibilidad en relación a los escenarios y hechos que puedan ocurrirnos. Hay muchos dispositivos predictivos desarrollados por las tecnociencias, bajo sus cánones de racionalidad.

Paradójicamente, somos testigos de que la racionalidad no trae obligatoriamente certidumbre, confianza, tranquilidad (2007:462).

Si se crea una conciencia del riesgo individualizada como un mal que ronda nuestros estilos de vida, simultáneamente hay un traslado a la responsabilidad por la falta de previsiones. Aunque no podemos hablar de responsabilidad sin autonomía y sin conocimiento previo de los efectos que provoca una acción determinada. Solo así se podría tomar decisiones responsables. El concepto de riesgo adquiere una significación particular en los sistemas de salud y se considera a las mujeres embarazadas como cuerpos "en riesgo" y desde allí se suscitan numerosos controles e intervenciones que son desencadenantes de diferentes violencias (Erviti, 2010). Y es de sentido común señalar que las mujeres tienen más precauciones frente a los riesgos, y esto es posible verlo en las conductas masculinas de los jóvenes que desafían la velocidad o el vértigo. En este sentido estaríamos las mujeres más sensibles al momento de asumir una conciencia de riesgo - genuina o impuesta- y los temores que despierta.

También cabe retomar el hecho de que este énfasis puesto en la responsabilización individual y la culpabilización por las acciones individuales presenta una contracara que es la invisibilización de las acciones y responsabilidades de los gobiernos y las empresas (Castiel y Alvarez, 2007).

Se presentan dilemas de difícil resolución frente a los beneficios y los perjuicios de los progresos científicos y tecnológicos, porque de alguna manera tienen efectos positivos y negativos. Por un lado, se pueden identificar como importantes avances la obtención rápida de un diagnóstico que habilita una intervención terapéutica temprana, con un posible mejoramiento del pronóstico y la calidad de vida de las personas. Pero también hay una contracara que está dada por la tiranía de numerosas pruebas complementarias, la segmentación excesiva de órganos, el intervencionismo excesivo, la falta de atención a los aspectos psicosociales de la enfermedad y su consecuencia iatrogénica. Desde este punto de vista se puede plantear que hay una "crisis de confianza" hacia la medicina tras la observación de estas limitaciones, refiriéndose al hecho de que el paroxismo del progreso tecnológico de la medicina trajo incertidumbre sobre la capacidad práctica del mismo. En este sentido, se destacan entre otros problemas, una incapacidad progresiva en la atención para demostrar racionalidad, como así también para mostrar la sensibilidad frente a las necesidades de las personas y tomar conciencia de sus propios límites (de Carvalho Mesquita, 2005).

III.4. La autonomía en clave feminista

Etimológicamente autonomía significa la capacidad de tener las propias normas sin

intervención externa. Es un término que usa la filosofía, más particularmente la ética y también la psicología en tanto evolución - maduración del ser humano. Entonces tenemos que entenderlo no como algo que viene dado por esa maduración sino que se construye, se disputa, se alcanza, y fundamentalmente se estimula, se educa. Está claro que este concepto se extiende también a la política, a la economía, a la geopolítica y otras situaciones en donde se ponen en juego las reglas de la vida en común. Tal como es el género, la autonomía es un concepto relacional, cada uno/a construye la autonomía en relación con los/as otros/as. Y se produce una tensión que es objeto de negociaciones, o sea que estamos refiriéndonos al poder y a la dominación resultantes de esas relaciones. Entonces también podemos referirnos a las autonomías como no- dominación, no- intervención y no- colonialidad.

Asimismo la autonomía es uno de los principios de la bioética junto con el respeto, la beneficencia y la no maleficencia (no causar daño). Hay diferentes abordajes al tema de la autonomía, siendo el primero que se relaciona con el ámbito de los derechos y se vincula con el concepto de ciudadanía. Entonces las personas en tanto sujetas de derechos en el ejercicio de la ciudadanía son autónomas para tomar decisiones sobre sus vidas siempre y cuando no dañen a terceros/as. Esta autonomía se expresa en los diferentes derechos consagrados en la declaración universal, convenciones, tratados, por los que las personas en tanto humanas tenemos derecho a la vida, a la salud, al trabajo, la educación, a participar en la vida ciudadana, a una vida libre de violencia, entre otros.

Está claro que para el ejercicio de esta autonomía son necesarias las condiciones habilitantes que otorguen un contexto de posibilidad. En este sentido, en el plano de los derechos humanos la autonomía es una construcción social en donde le caben responsabilidades al Estado, a los/as profesionales de la salud, de educación, del poder judicial. Nuestra autonomía precisa que nos la garanticen, y en términos éticos que no nos provoquen daño. En tanto personas autónomas necesitamos de la información y de servicios accesibles para poder adoptar las propias decisiones y que las mismas sean respetadas sin interferencias.

Y el concepto de autonomía se contrapone al de heteronomía, que sería aquella situación en donde hay una persona que pone las normas y toma las decisiones por otra a la cual solo le resta obediencia y sumisión. En este sentido heteronomía se vincula de alguna manera con el concepto de tutelaje que se basa en una supuesta inmadurez por parte de las mujeres. Estos han sido los argumentos que han justificado que no pudiéramos tener propiedades hasta comienzos del siglo XX o no pudiéramos ejercer la patria (matria) potestad sobre nuestros/as hijos e hijas hasta bien entrado ese mismo siglo. Si las mujeres tenemos una incapacidad para ser juezas de nosotras mismas, menos podríamos tener capacidad para discernir sobre la propiedad, sobre la política para votar o ejercer un cargo electivo y aún menos sobre nuestros/as hijos/as. La imagen que la medicina ha construido de las mujeres madres es la de ignorantes, negligentes, necesitadas de atención, consejos, soluciones (Nari, 2004). Se las ha asociado a la enfermedad, como seres

naturales y vulnerables, necesitadas de control, disciplinamiento y tutelaje. Las prácticas médicas infantilizan a las mujeres y sus familias como una estrategia de demarcación del lugar de la subordinación. Consideradas como niñas son evaluadas, con una mirada distante que las enjuicia culpabilizándolas por el incumplimiento de los mandatos de maternaje y sanitarios.

Y en este contexto patriarcal la búsqueda de autonomía y su efectiva realización por parte de las mujeres y otras personas en posición minorizada, representan una intranquilidad al orden impuesto, de modo tal que es previsible que cada gesto que apunta al ejercicio de la misma provoque el intento de ponerlo bajo control y represión. Hay un vínculo de la autonomía de las mujeres como origen de los riesgos a los que se expone. Y tal como dijimos en el apartado anterior, los riesgos son creados y recreados indefinidamente.

La autonomía se construye a lo largo de la vida, hay un proceso creciente de apropiación de la misma, se podría decir que hay gradientes de logros personales respecto de la misma. Cuando nacemos, las personas nos encontramos en total estado de indefensión. En la niñez tenemos un grado de dependencia que comienza siendo absoluto y progresivamente hay una educación para la conquista de espacios de autonomía, para el aprendizaje de los límites que un/a niño/a debe poder marcar con la otredad, para reconocer las amenazas a la propia autonomía. Habría que pensar en autonomías en una persona situada y contextualizada, que descubre quién es a medida que toma conciencia de sí y no en sujetos/as unitarios y trascendentales (Brown, 2007). Cada persona, en diferentes momentos de su proceso vital construye su autonomía, la misma varía y en donde las experiencias personales, subjetivas, familiares, de pareja juegan sus juegos. Se construye intersubjetivamente y en relación. Para nuestro caso, en la vida de las mujeres hay determinadas situaciones que son clave para las negociaciones de su autonomía cuando la misma se pone en tensión a partir de la relación con los/as profesionales de la medicina. Pero además no es igual la autonomía personal interseccionada con otras categorías sociales como la pertenencia a un pueblo o grupo étnico, edad, sexo, género, identidades, clases sociales, raza, origen rural o urbano o en diferentes momentos de la historia.

Pero también la autonomía se construye sobre la experiencia de las competencias que se adquieren y el sentido del yo autónomo que es fuente de placer justamente por la posibilidad de autoafirmación. Estas capacidades otorgan una gratificación emocional que se alimenta en relación con quienes se está ligado afectivamente (aun cuando fuera negativamente). La autonomía marca el límite entre el "yo" y el "no yo" como una experiencia entre el concededor y el conocido, como la posibilidad de elegir los propios planes y ser capaz de llevarlos adelante. La palabra autonomía está cargada de sesgos y prejuicios y se tiende a confundir autonomía con separación e independencia de los/as demás, aquello que podríamos llamar individualismo que es promovido y tan afín a la modernidad capitalista.

La autonomía de las mujeres tiene un anclaje particularmente significativo en el cuerpo. Lo

sexual y lo reproductivo o no reproductivo es necesariamente vinculante con la posibilidad de mayor o menor acceso a la misma por parte de las mujeres. Porque no podemos desconocer el contexto patriarcal en el cual se construye esa autonomía, y la centralidad que el cuerpo femenino tiene en la medida en que es la garantía de la herencia y la propiedad. Y la consecuente obsesión / necesidad de control.

Para el feminismo hay un vínculo a nivel corporal entre el concepto de autonomía y el de soberanía recuperado de la geopolítica y referido al ejercicio del control sobre el propio territorio corporal sin interferencias. Porque para las mujeres la autonomía se juega en nuestros cuerpos sexuados. El feminismo tiene un lema desde hace tiempo que dice *Mi cuerpo es mío* y la Red de Salud de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe le agrega: *y sobre él ejerzo mi soberanía*. Es claro que esta afirmación lleva implícita la denuncia de que el cuerpo no es tan mío y que hay numerosos intereses que juegan para que esto sea así. Desde esta perspectiva el concepto de autonomía se acerca al concepto de control territorial por eso también se emparenta con el concepto de soberanía.

Evelyn Fox Keller define autonomía en un sentido psicológico como "ser capaz de actuar según la volición de cada cual en lugar de hacerlo por control externo" (Fox Keller, 1991:106). Esto no quiere decir necesariamente que estas decisiones o acciones no estén influenciadas por otras personas o que no sea necesario de otras personas para tomar las decisiones de acción.

Para Almudena Hernando (2012, 2015) la construcción de las identidades es diferente ya sea que se trate de varones o mujeres. Las mujeres construimos nuestra identidad de manera relacional, a través de los vínculos, entonces nuestra autonomía también tendría una característica relacional. Los varones se individualizan y construyen su identidad a través del yo. Ante su proceso de racionalización y negación de las emociones, establecen vínculos de dependencia con las mujeres porque no pueden desconocer las necesidades emocionales (aún cuando estén negadas). Por eso ella se refiere a que los varones construyen una individualidad dependiente con un anclaje emocional en su vínculo con las mujeres. Si bien todas las personas somos relacionales, la identidad masculina se fortalece y consolida desde la individualidad.

En las relaciones de autonomía no se pone en juego solamente la libertad sino el poder y las relaciones de dominación. Entonces podríamos entender la autonomía como la no dominación. Josefina Brown (2007:111) citando a Petite (1999) plantea la diferencia entre dominación e interferencia y dice que alguien puede interferir en la vida de otra persona sin necesariamente dominarle. Pero aunque ese poder no opere interfiriendo, lo importante es que el poder está y por el solo hecho de su presencia se constituye en una potencial amenaza de interferencia. Y tal como analizamos en el apartado anterior, el miedo es un gran obstaculizador de la autonomía de las mujeres.

III.5. La autonomía profesional

En tanto concepto relacional, siendo que lo que se juega es nuevamente el poder, el aporte de Lilia Blima Schraiber (2010) es significativo porque reflexiona sobre la medicina como una profesión que respecto de su ejercicio tiene una historia en la que se sustenta la autonomía como una característica propia y que tiende permanentemente a mantenerla.

Se trata de la *autonomía profesional* en el campo de la atención a la salud, autonomía que se origina como característica central del trabajo de los médicos con la reconstrucción de la práctica médica en la Modernidad (Ribeiro y Schraiber, 1994; Schraiber, 1995a) y que constituye hoy día uno de los focos principales de tensión y conflicto de la práctica médica contemporánea (Schraiber, 2008). Con base en esa raíz de la medicina en la Modernidad, en la que se da tanto la formulación del saber médico de base biomédica (Foucault, 1977, 1984) como el surgimiento del enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno (Freidson, 1970a), como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/ guardianes de la autoridad cultural de su uso social (Starr, 1982), la autonomía de los médicos fue, en mi opinión, el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula. O como lo menciona Freidson (1970a; 1970b), un poder de disciplinar y evaluar a los otros y simultáneamente de permitir regularse o evaluarse únicamente por sus mismos pares (Schraiber, 2010:15).

Hay aquí varias claves que ya han sido mencionadas, pero me interesa particularmente resaltar la centralidad de la autonomía en el ejercicio de la profesión médica y esa capacidad de autorregulación propia. Lilia Schraiber señala además que la autonomía médica opera en cuatro planos: la autonomía mercantil que se refiere a la inserción en los mercados de trabajo; aquella otra ligada al orden organizacional/ administrativo o también jerárquica; la autonomía de la producción de su propio trabajo asistencial (la autonomía del consultorio privado) y finalmente la autonomía técnica como acción concreta del trabajo. En el ámbito de un consultorio cuando se cierra la puerta se crea un espacio en donde la persona que consulta queda a merced del juicio clínico del/a profesional y sus criterios, que utilizará para tomar las decisiones para hacer una intervención clínica. La autonomía del/a profesional médico queda distante del control del ejercicio profesional de sus pares, puede decidir cobrar honorarios o actuar fuera del orden jerárquico de las instituciones u organizaciones a las que pertenece. De esta manera hay una subjetividad que se sustenta en estas autonomías y el poder que de ellas se desprenden, que crea posiciones de certezas discursivas y técnicas que difícilmente acepten controles externos o sugerencias respecto a sus prácticas. Retomando la idea del carácter moralizador de la medicina, sus discursos se revisten de significado profesional, "cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las

mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional" (Schraiber, 2010:16).

Es así que estas autonomías profesionales se ponen en tensión obviamente con las autonomías de las mujeres a quienes asisten, pero también hay otras tensiones que operan en las autonomías- dependencias de los/as profesionales de la medicina que están vinculadas al acceso y uso de tecnologías o fármacos, y las dependencias con las corporaciones que responden con frecuencia a intereses particulares o transnacionales que mencionáramos anteriormente.

Otro aspecto que destaca Lilia Schraiber (2010) es un modo de resistencia de los/as profesionales que se expresa en una actitud que llama "la excusa tecnológica" porque se asienta en una incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres. Muchos/as profesionales quedan sin capacidad de respuesta ante problemas como el embarazo no deseado, el aborto o la violencia íntima. Y entonces cuando intervienen alegan que lo hicieron en carácter personal y no profesional, amparados en sus propios criterios para hacer frente a tales situaciones. Esto se traduce en desconocimiento de los marcos legales vigentes, de los contextos sociales, de las desigualdades de género y también en los modos en que ponen en juego sus creencias personales y religiosas que se traducen en prejuicios.

III.6. Los modelos del nacimiento

Así como Eduardo Menéndez (2002) desde la antropología médica ha descrito lo que llamó el modelo médico hegemónico que caracterizáramos anteriormente, Robbie Davis-Floyd⁵⁷ publica en 1993 un artículo en el que se refiere a la tecnocracia aplicada a los nacimientos para luego en otros textos avanzar en una propuesta para la comprensión de las transformaciones de las prácticas de atención a partir de tres modelos (2000, 2004, 2009). Como ya hemos visto la medicina se expande colonizando las sociedades y lo hace presentándose a sí misma como portadora de un incuestionable rigor científico. Y ciertos valores de las sociedades occidentales están guiados por la ciencia, la tecnología, el beneficio económico y las instituciones patriarcales. Sin embargo en la medicina obstétrica diversos procedimientos que se realizan rutinariamente tienen una escasa comprobación científica⁵⁸. Esta autora describe entonces tres modelos de asistencia a los nacimientos y caracteriza en cada uno de ellos doce creencias que describiremos

⁵⁷ Antropóloga y feminista norteamericana especialista en antropología del nacimiento.

⁵⁸ Vuelvo sobre este tema en el capítulo VI.

brevemente. Obviamente que los modelos o paradigmas que ella propone no son compartimentos estancos y es posible que convivan en una institución e incluso en un/a mismo/a profesional. Su esfuerzo clasificatorio se torna algo esquemático, pero ilustra bien las coexistencias de estas perspectivas filosóficas y prácticas en la atención de los nacimientos.

III.6.1. Modelo tecnocrático

Este modelo trabaja bajo el supuesto de que la mente y el cuerpo están separados y que el cuerpo de alguna manera funciona como una máquina, con múltiples separaciones, es fragmentado y a su vez aislado de su contexto de relaciones. Si el cuerpo femenino es "el otro" y además es imperfecto, defectuoso y caótico, necesita ser controlado y puesto en orden. De ello se desprende que el parto, momento extremo y agudo de una máquina caótica y poco fiable requiere intervención profesional hábil y rápida. En la metáfora dominante del parto en este modelo el hospital se convirtió en una fábrica, el cuerpo de la madre en una máquina y el bebé el resultado de un proceso de producción industrial. Las personas son pacientes y objetos, y los/las profesionales al definir esa relación objetual toma distancia y se libera de las emociones tanto para sí mismo como las de la persona que asiste.

El diagnóstico y el tratamiento se hacen desde afuera para adentro, porque en la lógica de las máquinas, cuando se rompen, no se reparan a sí mismas, deben ser reparados por alguien desde afuera y en la tecno- biomedicina, cualquier enfermedad o trastorno se repara desde el exterior. Para el seguimiento del embarazo, llamado control prenatal se hacen numerosas pruebas de laboratorio y con tecnología que se presenta cada vez con mayor sofisticación.

Robbie Davis- Floyd (2000, 2004, 2009) plantea que el uso de la administración de una vía endovenosa durante el trabajo de parto que reduce la movilidad, contiene el poder simbólico de un cordón umbilical que coloca a las mujeres en una relación de dependencia, pasividad y necesidad con el hospital. Ese suero representa la vida de la tecnocracia de la que somos dependientes.

Otro aspecto relevante de este modelo es la organización jerárquica, burocrática, autoritaria y corporativa, que utiliza la ideología del progreso tecnológico como fuente para el poder político y económico. Y en la atención la autoridad está en los/as profesionales y no en las personas que asisten que tienen que adoptar una posición de entrega pasiva. Esto se ve gráficamente en los partos con la posición acostada que permite al/a profesional atender de pie y tener una visión amplia de su campo, aunque existan buenas razones fisiológicas⁵⁹ (y de sentido común) para la adopción de la postura vertical.

Hay una creciente protocolización de la atención que es evidente en los hospitales más modernos, aún sin suficiente evidencia y desplazando a la mirada clínica. A su vez se valora

⁵⁹Mejora el flujo de oxígeno para el bebé, con una mayor efectividad en el periodo expulsivo y un aumento en la dilatación de la pelvis (Badillo Romero, 2015).

excesivamente la ciencia y la tecnología, con la paradoja de que si bien consideramos que el/la médico/a es científico, son pocos/as los/as estudiantes que reciben formación en metodología de la investigación. Por increíble que parezca, mientras que la ciencia es hipervalorada, los resultados de las investigaciones más recientes son frecuentemente ignorados o desconocidos. Toda la tecnología que es aceptada e incorporada, es aquella que refuerza una moral de la tecnocracia, según la cual la evolución pasa por la tecnología, el progreso o desarrollo de máquinas cada vez más sofisticadas. El papel del/a médico/a se centra en la interpretación de los datos ofrecidos por estas máquinas. La rápida difusión de los instrumentos tecnológicos habla respecto del valor simbólico que poseen, mucho más que de su valor de uso y de curación: funcionan como una modernización de los cuidados médicos manteniendo viva la creencia en esta noción de progreso.

En este modelo las intervenciones que se realizan son agresivas poniendo el énfasis en resultados a corto plazo y considerando que la muerte es un fracaso. Cuanto más controlamos a la naturaleza, incluyendo nuestro cuerpo, más temor tenemos por aquellos aspectos que no podemos controlar. El énfasis puesto en el proyecto de mejorar la naturaleza a través de la tecnología, tiene el propósito final liberarnos de los límites de la propia naturaleza. Cuanto más nos sentimos capaces de dominar la naturaleza y nuestro cuerpo, más temor tenemos de aquello que no conseguimos controlar. Y al final, la muerte es una demostración de nuestro fracaso. Lo que está por detrás y por debajo de las actitudes y de la rutina obstétrica en última instancia, es el miedo a la muerte. Todos los procedimientos viven la tensión de querer crear la ilusión de una seguridad absoluta.

Por último dos características que son también significativas, una que este sistema como ya hemos analizado está impulsado por la búsqueda de ganancias, pero también consolida su identidad y su prestigio a partir de la intolerancia para con otras modalidades de atención. Y al constituirse en una hegemonía, todas las demás son consideradas "alternativas". La condición hegemónica se mantiene y se fortalece con los ingresos que genera. Como consecuencia todas las modalidades alternativas constituyen una amenaza de pérdida de status y de poder económico, razón por la cual deben ser cercenadas.

III.6.2. El modelo humanizado

Este modelo surge como una reacción a los excesos de la tecnocracia por parte de los/as profesionales y se propone reformar las instituciones desde adentro humanizando la tecnobiomedicina, es decir, haciéndola más relacional, más recíproca, individualizada, receptiva y empática. En este sentido se desarrolla una mirada de las personas más integral con una conexión entre la mente y el cuerpo, como entidades distintas, pero interconectadas. De modo que se centra en formas de curación que tienen una influencia en ambos (mente y cuerpo), advirtiendo que no es

posible tratar los síntomas físicos sin tener en cuenta los componentes psicológicos que subyacen. Como las emociones de una mujer embarazada influyen en su trabajo de parto, muchos problemas que se presentan pueden ser resueltos a través del apoyo emocional y no necesariamente de las intervenciones tecnológicas. El cuerpo ya no es considerado como una máquina sino como un organismo, y tiene consecuencias importantes porque incluso las terapias más sofisticadas no serían efectivas sin los poderes curativos del propio organismo. El dolor y las emociones son manifestaciones de este organismo, así como los afectos y los vínculos necesarios de los primeros momentos de la vida del/a bebé con su madre. Un equivalente al concepto de humanización es el enfoque bio-psico-social.

Las mujeres son vistas como un sujetas de relaciones, y muchos/as profesionales que responden a este modelo no temen establecer vínculos con las personas. Además valoran la presencia del padre o un/a acompañante afectivamente significativo en la sala de partos, como así también refuerzan la no separación del/a bebe/a de la madre poco después del nacimiento. Se establece así una relación de cuidados entre el/la profesional y las mujeres. El principio que subyace en el modelo de la humanización es la conexión, por un lado aquella que establece una mujer con aspectos de sí misma, de su familia, la sociedad y con el/la profesional de la salud. Se valoran las interacciones entre las personas como la base de la terapia y para el caso del parto, se promueve la presencia de las doulas⁶⁰.

El diagnóstico y la cura se piensa tanto de afuera para adentro y de adentro para afuera, con un énfasis puesto en la comunicación entre el/la profesional y la mujer, es necesario saber escuchar y es tan importante como saber qué decir, porque esta habilidad puede ser crucial para la elaboración de un diagnóstico correcto. Como los síntomas físicos manifiestos enmascaran problemas encubiertos, se alienta a las mujeres a hablar de sí mismas.

Este modelo se propone un equilibrio entre las necesidades del/a individuo/a y la institución. La tecnomedicina es contrarrestada, por abordajes que pueden variar desde la actitud más superficial -como por ejemplo decorar la sala de partos o permitir a las mujeres moverse-, hasta el uso de métodos alternativos. La mayoría de las instituciones están estructuradas (arquitectónica y normativamente) para implementar el modelo tecnocrático, motivo por el cual la capacidad de cambio es limitada. Por lo tanto, algunos/as profesionales que se identifican con la humanización se contentan con mejoras superficiales en las rutinas obstétricas.

En otro orden la información, la toma de decisiones y la responsabilidad es compartida entre el/la profesional y las mujeres, con un estilo empático que se refiere a la capacidad para comprender la realidad de otra persona, aún cuando no se tenga la misma experiencia. Incluso en circunstancias difíciles, el profesional permanece abierto a diversas opciones, mientras que en el modelo tecno-bio médico a cada situación corresponde un esquema de respuestas y actitudes ya

⁶⁰Las doulas son mujeres que ya han sido madres y se entrenan para el acompañamiento del parto sin realizar ninguna intervención. Volveré sobre este tema en la segunda parte.

predefinidas. La práctica del consentimiento informado establece que los pacientes tienen derecho a entender su diagnóstico y su pronóstico, el tratamiento que se les propone, los riesgos y beneficios. La discusión abierta de las opciones de tratamiento conduce naturalmente a la evaluación y el intercambio de opiniones, y los/as médicos/as son más receptivos a la elección de métodos alternativos de curación.

También en aquellos aspectos vinculados a la ciencia y la tecnología se busca el equilibrio, haciendo de la ciencia su referencia y usando los mismos instrumentos y técnicas de los/as colegas de la tecnomedicina. La diferencia radica en el momento oportuno, la prudencia y en la selección. Los/as profesionales están más dispuestos a esperar, son más conservadores/as ante la intervención y mantienen una mente abierta a la conexión mente-cuerpo.

Se propone un enfoque centrado en la prevención, en la salud pública nutrida por la medicina basada en la evidencia⁶¹ y la interrelación con el medio ambiente. Las implicaciones de este enfoque en lo que respecta al parto son enormes. Una verdadera prevención de complicaciones en el parto significa enfrentar las raíces de los problemas que conducen a la mortalidad materna e infantil. Pero a menudo las iniciativas públicas como la de Maternidades seguras y centrada en la familia que promueve el Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF (2011) permanecen fuertemente influenciadas por una perspectiva tecnomédica. En la tecnomedicina una hemorragia o una anemia se consideran las causas de muerte materna, cuando la realidad que promueve estos problemas son la pobreza, la desnutrición, el agua y alimentos contaminados, la condición perjudicial en que viven las mujeres o el exceso de trabajo. El modelo humanizado tiene en común con la salud pública la orientación a la prevención, la promoción de la salud y la educación pública.

Como vimos en el modelo tecnocrático, el nacimiento y la muerte fueron trasladados de la comunidad, la familia y los hogares para ser aislados en el ambiente hospitalario. En su nivel más alto de calidad el abordaje humanizado valora la individualidad y la libertad de elección para los/as *pacientes*. La muerte se presenta como una posibilidad aceptable, el proceso de duelo, el soporte a la familia, la dimensión, espiritual y psicológica inherente a la misma son valorados y acompañados por el equipo.

Plantea Robbie Davis- Floyd (2004) que en la cultura occidental hay dos conceptos que se desarrollan en tensión recíproca y que están presentes en la medicina contemporánea: la aptitud y el cuidado. Mientras que la aptitud se asocia con las ciencias naturales, el cuidado es un concepto que se refiere a las humanas, el cuidado parece ser una cualidad personal mientras que la aptitud se refiere a la inteligencia y sus habilidades. El enfoque humanizado intenta resolver exactamente esta contradicción.

⁶¹La medicina basada en la evidencia (MBE) es una estrategia que se propone revisar las prácticas de atención médica, para que las mismas contengan evidencias científicas. Ha sido impulsada por la OMS/OPS y para el caso de la obstetricia, la MBE puso en cuestión la episiotomía rutinaria, el rasurado púbico o la inmovilización de las mujeres durante el trabajo de parto, como tantas otras prácticas que se aplican sólo por el hecho de que se transmiten de un/a profesional a otro/a sin fundamentos. Es elocuente porque resquebraja la pretensión científica de la medicina.

Al igual que en el modelo holístico, en el humanizado los sentimientos tienen su lugar y forman parte del proceso de curación. El eje del ethos humanizado es la compasión, que se define como la capacidad de sentir y percibir las necesidades de la otra persona, incluso cuando están más allá de nuestra experiencia personal. Como resultado, los/as médicos/as humanizados/as se permiten a sí mismos/as ser humanos, dejando caer el temor de que otros/as puedan pensar que son débiles e incompetentes al permitir abrirse a sus propios sentimientos y desarrollar la capacidad de trabajar los sentimientos de sus pacientes cuando éstos se sienten abrumados.

Finalmente quienes se identifican con este modelo tienen una mentalidad abierta frente a otras modalidades de curación respetando cuando las mujeres optan por terapias alternativas. Se trata de disponer mayor simpatía, cuidado y disposición a un contacto visual y físico.

III.6.3. El modelo holístico

Si el modelo tecnocrático es la ideología dominante en la medicina, el modelo holístico es la última de las herejías. De los tres paradigmas el holístico es el que combina la más rica variedad de enfoques: de la terapia nutricional a las modalidades de cura de la medicina china. Algunos/as médicos/as holísticos profundizan en un determinado tipo de terapia, otros/as prefieren el eclecticismo frecuentemente moldeado según sus inclinaciones personales. El holismo puede pedir a las personas que sean más activas, que modifiquen su estilo de vida, pero también puede pedir que sean pasivas, recibiendo una oración o una transferencia de energía. El concepto de holismo se introdujo para indicar la influencia del cuerpo, de la mente, de las emociones, del espíritu y del medio ambiente en el proceso de curación de las personas. El principio de conexión e integración que da soporte al abordaje holístico es esa dimensión hasta entonces negada y devaluada por la cultura occidental: el pensamiento fluido y multimodal del hemisferio derecho. Este es un pensamiento a través del cuerpo y del espíritu, un pensamiento holístico, por lo tanto fluido que trasciende la lógica lineal y las clasificaciones rígidas en favor de la conexión con la matriz creativa de todas las cosas, en el que, como en un torbellino, son mezcladas, creadas y diferenciadas. Esta raíz creativa es el primer elemento de la curación holística (Davis-Floyd, 2000).

Siguiendo la lógica de la descripción de los otros modelos, en éste se considera a las personas como una unidad del cuerpo, mente y espíritu. En el enfoque holístico prestar atención a los componentes psicológicos que influyen en el embarazo o en el trabajo de parto de una mujer no es sólo algo útil, es la parte esencial de la curación. El cuerpo es como un sistema de energía conectado con otros sistemas de energía, y esto proporciona una potente brecha para desarrollar y hacer uso de técnicas médicas y de tratamientos que trabajan con la energía: como la acupuntura, la homeopatía, diagnósticos intuitivos, Reiki, imposición de manos, la terapia de campo magnético y el toque terapéutico. Los hallazgos de la física sobre la frontera inexistente entre la

materia y la energía deberían introducir a la medicina a una completa reestructuración si aceptase las conclusiones de otras áreas de la ciencia.

Es necesario curar a la persona entera en su contexto de vida. La primera pregunta del/a profesional holístico es *¿Qué está pasando en su vida?*. Ella expresa el punto de vista holístico para el cual la enfermedad es la manifestación del desequilibrio de la totalidad cuerpo-mente-espíritu. Son aceptados los hallazgos de la psiconeuroinmunología según los cuales el campo inmunológico o el proceso de gestación y el parto pueden ser obstaculizados por el agotamiento, la depresión, el estrés emocional, la pérdida de seres amados, toxinas del aire y agua, el estrés de la vida tecnocrática. En consecuencia, desde este punto de vista, el bienestar del sistema inmunológico puede ser promovido de múltiples formas: del diálogo al sueño y la danza terapia, de los masajes a los ejercicios y los alimentos orgánicos.

Mientras que el modelo humanizado hace hincapié en la relación de respeto entre médico/a y *paciente*, desde el punto de vista holístico se agrega a esto la posibilidad de ver a los dos como partes de una única realidad, no separados sino esencialmente unidos. Si el cuerpo es un campo de energía, se relaciona energéticamente con otro campo de energía, el del/a profesional. El diagnóstico y la curación se dirigen desde adentro hacia afuera. Aunque se puede utilizar exámenes externos en el modelo holístico el/la profesional tiende a dar crédito al saber interior o intuitivo, y la intuición se entiende aquí como conocimiento o percepción no racional.

Los/as profesionales holísticos fueron capacitados/as en el modelo de la tecno-medicina y conocen sus efectos perjudiciales cuando este modelo reproduce las rutinas del hospital y las relaciones jerárquicas. Por lo general, ellos/as hacen todo lo posible para minimizar estos efectos, la valoración de la individualidad y la singularidad de cada caso y cada persona. En el caso de las mujeres en el parto, esto significa que los procedimientos de rutina no se aplican. Ellas pueden caminar, comer y beber y dar a luz en el lugar y la posición que deseen porque es su trabajo único e inigualable. Su intuición las guiará, dando respuestas a las situaciones y ambientes en los que se encuentra. Las necesidades y los ritmos individuales son la clave para el desarrollo de su parto. Las mujeres asumen la responsabilidad por su salud y su bienestar siendo esta una creencia básica en el modelo holístico. Nadie puede efectivamente curar a otra persona, que deben decidir y asumir el proceso de curación, para alcanzar los resultados. Los/as profesionales se ven a sí como parte de un equipo en el que las mujeres son las más significativas.

Se podría definir al modelo tecnocrático como caracterizado por una gran cantidad de tecnología y poco contacto, al humanizado como un equilibrio entre estas dos características, y el holístico de mucho contacto y poca tecnología. Los/as profesionales holísticos en realidad no se niegan a la tecnología, pero la ponen al servicio en lugar de dejar que ella sea dominante. En general, la tecnología utilizada no es invasiva y no produce los efectos nocivos de la medicina convencional. Los/as médicos/as que responden al modelo tecnocrático expresan cierta frustración cuando sus *pacientes* no dan continuidad al tratamiento. Por el contrario, los/as holísticos/as viven

la frustración sino se comprometen en la mejora de su salud y bienestar en el largo plazo. Ya que una vez que mejoran, las personas tienden a regresar a sus estilos de vida anteriores.

Respecto a la muerte ella es entendida como una etapa del proceso, no como el fin, sino como un paso esencial en el proceso de la vida. Para ver el cuerpo como un campo de energía se sigue la idea de la transmutación de la naturaleza de la energía. Con la muerte hay una decadencia del cuerpo, mientras que la energía del espíritu o de la conciencia individual permanece.

La visión del cuerpo como un campo de energía permite abarcar numerosas modalidades de curación que son inaceptables para el modelo tecnocrático. Por encima de todo, el público puede ser educado en técnicas de auto-sanación, en un estilo de vida saludable y el uso apropiado de la variedad de caminos terapéuticos posibles. Esta perspectiva está ganando cada vez más espacio y credibilidad social, posiblemente por los sentimientos de insatisfacción que deja la medicina tecnocrática.

Segunda parte.
Diálogos en el campo

Capítulo IV

Espacios y trabajo

En esta segunda parte haremos una inmersión en el objeto de estudio a partir de diálogos empíricos en las maternidades transitadas y otras fuentes que son complementarias. En este capítulo haremos un recorrido por los dispositivos institucionales en términos del espacio y el funcionamiento de las mismas. Se entretujan las experiencias en la MGBA con la MSE. Las mujeres llegan al Hospital, con su propio caudal de información basado en relatos de otras mujeres y sienten diversos temores. Los hospitales son instituciones donde a partir del ingreso, las personas quedan a disposición de las normativas, dejan de ser una persona con historia, vínculos y deseos y se transforman en una paciente. Para la intervención de los cuerpos de las mujeres, el Hospital construye una y otra vez dispositivos que claramente vulneran la ley, dejando al descubierto el sistema de regulaciones desplegado. A su vez otro objetivo de este capítulo es ubicarnos en el escenario y sus rutinas.

IV.1. Los dispositivos de poder en el Hospital: el espacio

Vuelvo a entrar a un hospital⁶², y esta vez desconocido para mí. Transito hospitales desde pequeña cuando iba de la mano de mi padre al Clínicas, luego como estudiante y desde hace ya algún tiempo como investigadora/ etnógrafa. Para llegar a un hospital, sea cual sea la razón que nos mueva, el viaje comienza bastante antes de emprenderlo. Es mental, disponerse, prepararse, imaginarse escenas, despertar de temores si lo que nos lleva es una consulta.

Creí que tenía cierta capacidad de orientación para moverme dentro de estos grandes edificios, pero no fue así. Llegar al HGBA y encontrar por dónde entrar ya es un desafío, porque está en obra, pero además no hay buena señalización y caminé de aquí para allá hasta hallar una entrada. En el HSE, si vas por las mañanas se entra por la puerta grande, pero luego ésta se cierra y te desafían los vericuetos que realmente hace complicado llegar a destino. La arquitectura opera como un dispositivo de control en tanto se transforma en un laberinto.

Pasé por una gran sala donde entregan turnos para consultorio, habría allí unas 300 personas

⁶²Aquí el eje del relato es la MGBA (Maternidad del Gran Buenos Aires) que está dentro de un hospital del Gran Buenos Aires (HGBA). Pero se irán entrecruzando con relatos de la MSE (Maternidad de Santiago del Estero) que está también dentro del hospital Santiago del Estero (HSE).

esperando. Tres colores de números, verde, amarillo y rojo. El rojo era para los casos más urgentes. Una persona entrega y explica. Tres grandes carteles luminosos llaman a los turnos. Y en la entrada un cartel dice: No hay más turnos. Sigo. Hay una obra de ampliación y se ven vidrios transparentes, espacios luminosos, que contrastan con el edificio que está viejo y deteriorado. Me perdí en un momento y entré a una boca de lobo, donde había aparatos y muebles arrumbados, suciedad, oscuridad. Estas zonas de abandono volví a encontrarlas en otros recorridos por el hospital y también las he visto en el HSE. Verdaderos basurales que dan miedo.

Un clásico de los hospitales públicos son las largas esperas para conseguir turno. Tanto en Santiago del Estero como en Buenos Aires, las personas deben llegar a la madrugada. Tres horas o más de espera contra diez minutos de consulta. Una diferencia sustancial es que en el HGBA las mujeres pueden pedir turno con el médico o la médica que las ha atendido anteriormente y una vez que han sido atendidas por primera vez, en las próximas ya no tienen que llegar de madrugada.

Alicia: Si, en la zona que estaba debajo son digamos categorías que hay unas de historia clínicas, otras de sacar turnos, adentro, si ya sería para maternidad y digamos ancianos

Entrevistadora: Tres clases de turnos digamos

A: Y si, te dan el día, tenés que venir muy temprano

E: Para sacar el turno

A: Si, venir muy temprano, para sacar turno y...

E: ¿Empiezan con el numero amarillo?

A: También

E: ¿A qué hora tenes que venir?

A: Y venir a las cuatro o cinco de la mañana

E: ¿Y a qué hora empiezan a dar los turnos?

A: A las siete de la mañana

E: O sea, hay que venir dos o tres horas antes

A: Si, viene al hospital mucha gente

E: Salís con dos horas de viaje para estar acá a las cuatro de la mañana, salís a las dos de la mañana más o menos

A: Si, más o menos.. va a nacer mi hijo así que...

E: Entonces si venís más tarde ¿no conseguís turno?

A: Eh, sí. No conseguís turno, son limitados, te dan doce

E: ¿Cuántos dan por día?

A: A veces dan diez, cinco turnos (Entrevista a Alicia, HGBA).

Lo primero era encontrar el salón de actos, allí estaría Fernanda⁶³ nuestra guía y contacto en el Hospital que colaboró para que el comité de ética apruebe nuestra propuesta. De todas maneras, luego me di cuenta que en la institución había bastante permeabilidad para la investigación. Sin necesidad de comparaciones, es razonable que surjan resistencias para permitir el ingreso de un

⁶³ Los nombres de las compañeras de investigación son reales y las presento en el apartado metodológico. Los nombres de las personas entrevistadas y de los/as profesionales son ficticios.

grupo que explicita que su trabajo es sobre violencia obstétrica. En este HGBA no las hubo y el Comité de ética aprobó la investigación. En cambio en el HSE entramos por la apertura del médico jefe de la maternidad, luego que hicimos el trabajo y cuando nos tocaba comenzar con los talleres para la devolución, comenzó una revuelta de los/as trabajadores/as por la precariedad de sus contratos y por los salarios. Hubo marchas y reclamos en donde este jefe de servicio participó y le costó el puesto. Cuando llegó el nuevo jefe, tuvimos una intervención por el caso de una joven que reclamaba una interrupción legal para su embarazo. Como el proceso se dilataba, todos los días estábamos en el despacho del jefe. En ese contexto, un día directamente no nos permitieron el ingreso a la maternidad⁶⁴.

Todas las ventanillas que dan a los pasillos tienen importantes rejas, no comprendemos bien el sentido. ¿Para proteger de robos? ¿qué cosas de valor tendrán? ¿para proteger a quienes allí trabajan de posibles agresiones? Me acerco a una oficina de informes. Una señora de unos 50 años explica con detenimiento a cada una de las personas que preguntan. Atenta, paciente. Le pregunto por el aula magna, siga por el pasillo amarillo y al final hay un mural y a la izquierda está el aula. Llego antes que Fernanda. Hay unas jornadas de neurología infantil y entro. Un salón con cortinas de terciopelo pesadas, butacas como de cine también de terciopelo rojo, paredes de madera. Fotos de los desaparecidos del hospital que son 8. Trabajaban allí, médicos, enfermeras y fueron detenidos dentro de la institución en el mismo marzo de 1976. Esta es una historia que vive en cada rincón y en la memoria de muchas de las personas con quienes conversamos. Y luego fotos de los directores, me llama la atención el director que estuvo entre el 73 y el 76, joven, que rompe la norma, de camisa abierta, informal, ante los otros que visten el traje de médico con saco y corbata.

Salgo y ya estaban Fernanda y Clara. Tenemos que ir al 6° piso. Una cola para entrar al ascensor. Hay tres ascensores pero sólo funciona uno al menos en esa área donde estábamos. Luego diferentes personas comentaron en más de una oportunidad el problema de los ascensores. En la cola conversamos con Fernanda. Me cuenta que nació en este hospital, que podíamos entrevistarla a la madre, un poco en broma y un poco en serio. Dice que la madre estuvo muy grave luego de su parto y quedó internada un tiempo. Le pregunté sobre la dictadura y me contó que al padre y a la madre los detuvieron, junto con 40 y pico empleados/as. A ella la dejaban en la guardería y ese día como la cosa estaba pesada la dejaron con los abuelos. Ella y él ya sabían que los llevarían. Que de las 8 personas que desaparecieron, una era amiga de los padres. Que a una enfermera⁶⁵ le mostraron a un médico compañero de trabajo “empalado” sangrando en muy mal estado y le dijeron que lo merecía porque era judío y es uno de los desaparecidos. Y que a ella le

⁶⁴El ministerio de salud de la provincia mantiene esta política refractaria a las investigaciones desde hace décadas. Ya volveremos sobre este tema al referirnos a la mortalidad de las mujeres.

⁶⁵Como una burla de la historia, a comienzos de mayo del 2017 mientras hago la revisión final de la tesis, la CSJN en la causa Muiña sentencia el beneficio del 2x1 para los genocidas y tuvimos la oportunidad de escuchar a esta misma enfermera relatar ante la prensa los horrores que padeció.

iba a pasar lo mismo. Todo esto transcurría en el chalet en donde hoy funciona la escuela de enfermería y que más tarde nos acercamos con Clara a conocer. Se construyó con la idea de que sea la casa del Director, nos explicó Fernanda. Porque antes todo esto era campo y se entendía que el director viviría allí.

Llega el ascensor, con una señora como ascensorista que regula la entrada. Se acercan dos chicas y les dice que puede subir una sola. Entonces retroceden las dos porque iban juntas. Luego nos dice que subamos. Entra Fernanda pensando que solo iría ella y nos dice que subamos las tres. Mientras se cierra la puerta escucho la queja de las señoras por la discriminación. Me apena no haber tenido una rápida capacidad de reacción para evitarla. Y me sorprende la súbita capacidad de clasificación de la ascensorista. No teníamos delantal pero es evidente que algunas marcas de distinción portamos que hicieron despertar ese gesto de racismo automático, tal como diría Rita Segato (2003).

Para llegar al 6° piso, hay que subir hasta el 7° y luego bajar, eso es increíble porque efectivamente no hay modo de llegar que no sea haciendo esa vuelta. Es otro dispositivo-laberinto en el cual me perdí en repetidas oportunidades. Fernanda reconoce que a pesar de trabajar y conocer bien el hospital, todavía se pierde, fuimos, volvimos, vuelta para aquí y para allá. Cuando estábamos en el 6° una señora se iba de alta con su bebé y tenía otro hijo de unos cuatro años, que molestaba y molestaba. Ella llamaba y esperaba largamente la llegada del ascensor. Entrar al hospital, llegar a destino y salir del mismo sin titubeos, tiene sus desafíos.

Una vez salí guiada por Marcos Estevez, un médico del servicio y conocí otros rincones, con gente acampando en los pasillos con colchones en el piso, niños/as, reposeras, mate. En las paredes posters y estampitas con velas en un rincón. Luego supe que eran familiares de personas internadas en terapia intensiva que se quedan para esperar las novedades y permanecer cerca. Esa vez circulamos a gran velocidad pero no podría repetir el recorrido sin guía. La necesidad del grupo familiar de acompañar a quien está internado no parece estar contemplada en el diseño arquitectónico de los Hospitales. En el HSE se hizo una ampliación y reforma del servicio de guardia hace pocos años y no se contempló esta necesidad. Lo cierto es que hay un campamento permanente en el área exterior de la guardia, debajo de un techo, pero a la intemperie. Santiago es una provincia rural, ¿a dónde va a alojarse la familia? Vienen de lejos y están preocupados/as, solo quieren estar cerca. Nuevamente se vislumbra el dispositivo disciplinar.

Hace pocos meses se ha hecho una ampliación y reforma del sector de la maternidad en la MSE, pero la inauguración tuvo que demorarse porque no se contempló una puerta para el ingreso de los familiares que van a visitar a las mujeres y sus bebés. Tuvieron que hacer reformas a la reforma para habilitar un acceso. Parece inaudito. Hay una intención de cercamientos institucionales, de funcionamiento cerrado con fronteras claras e infranqueables por parte del poder para quienes no pertenecen al servicio.

Retomo el recorrido por el HGBA. En el primer piso está el centro obstétrico, con las salas de parto, las de parto, el lugar para recibir a los/as recién nacidos/as, los quirófanos para las cesáreas y unas habitaciones para que las mujeres transcurran las primeras horas luego del parto. En el sexto piso están las habitaciones de internación y en el 7° hay una residencia para mujeres que tienen embarazos de riesgo o que sus hijos/as se encuentran internados en neonatología. Quedan viviendo allí a veces durante meses.

Un servicio es un *área restringida* y tanto en HGBA como en el HSE hay guardias de seguridad privada que controlan a quienes llegan y permiten o no el acceso. Cada persona que entra se registra en un libro. La seguridad se ha instalado para evitar los robos de bebés o de bienes de la sala (Cuaderno de campo, entrevista al Jefe del servicio MSE, 2007). Otra de las razones argumentadas para la necesidad de la guardia, es el hecho de que las mujeres se escapan. El robo y la venta de recién nacidos/as ha sido históricamente un grave problema en Santiago del Estero. En los últimos años ha disminuido la presencia del tema en los medios, pero ocasionalmente resurge y se descubre un caso de venta o entrega de niños/as. En todas las entrevistas tanto en la MSE como en la del GBA hay un acuerdo sobre la tranquilidad que otorga a los/as trabajadores/as de los servicios, la presencia de la guardia. Evita que entren y salgan familiares sin control, filtra las entradas, controla las salidas.

Luego de haber mantenido las reuniones con las autoridades del HGBA primero y de la MGBA segundo, nuestros nombres quedaron registrados y en las primeras oportunidades en que llegamos, nos buscaban en los libros. A los pocos días ya no fue necesario y lo mismo ocurrió con todas las personas que trabajan en el servicio, que ya sabían que estábamos haciendo la investigación y con más o menos amabilidad, se disponían a conversar.

En las oficinas de las autoridades de los servicios, o cualquier consultorio, se muestra que los escritorios no solo marcan una distancia y son una frontera entre quien tiene autoridad y quien no la tiene (al menos en esta circunstancia) sino que también hablan de su dueño. El jefe de la MGBA, se llama Manuel Asturias, y todo el mundo se dirige a él como doctor. En realidad el trato de doctor/ doctora es permanente, también en confianza les dicen "doc". Entre los/as mismos/as médicos/as, de un modo casi reverencial hacia las autoridades o profesores, pero también así se dirigen a ellos/as; los/as otros/as profesionales del equipo, o quienes asisten a los servicios. Una tradición instalada que contiene un uso indebido de títulos que es trato habitual con médicos/as, abogados/as, odontólogos/as y hasta con veterinarios/as.

El escritorio de Asturias está en una oficina no tan grande pero agradable y luminosa. Debajo del vidrio tiene fotos, muchas fotos del hospital y cuando habla se explica por el sentido de pertenencia y cariño que tiene. La oficina del jefe de la MSE es más grande y con un escritorio también importante. En este período de nueve años desde que visitamos el hospital por primera vez, pasaron tres jefes. El primero nuestro aliado Ernesto Peñaloza, el segundo Orlando Praia y el

tercero, Benito Escolástico. Praia tenía debajo del vidrio, fotos de perros, muchos perros de la raza ovejero alemán. Y hasta un portarretrato con su perro más querido. Actualmente Escolástico ha llenado de imágenes religiosas que confirman su inmensa fé católica. Cuando lo desplazan a Peñaloza de la jefatura del servicio, al asumir el nuevo jefe, decide hacer una reforma en el servicio⁶⁶. El espacio que funcionaba como aula, en donde se realizaban los ateneos y las clases de preparación integral para la maternidad, se cierra y se hace allí un consultorio para hacer ecografías. En ese acto, la oficina del jefe duplica su tamaño.

Varias personas que trabajan en la MGBA han hecho referencia de manera reiterada a la dictadura, la intervención del hospital y la persecución interna durante ese período. Pero también dicen que dejó huellas en la arquitectura del edificio y particularmente en el Centro obstétrico que fue resultado de una reforma.

Y Asturias nos dice: Fíjate, el centro obstétrico ¿no?, no sé si ustedes conocen el centro obstétrico... vas a ver que hay una marca del autoritarismo y la represión, mil nueve setenta y seis, al poco tiempo se inaugura el centro obstétrico, si yo pongo un criterio no es la maternidad centrada en la familia, es un túnel del tiempo, separa la familia, la sala de parto no tiene ventanas, no tiene ventanas, pareciera que vos haces las cosas en forma clandestina, vos fijate la mentalidad del secuestro, del encierro, del ocultamiento, de la separación de la familia, la cosa casi militarizada, que adentro de una filosofía, se hizo un centro obstétrico con una filosofía militar...(Entrevista a MA, jefe del servicio de maternidad, 2014)

Efectivamente cuando llegamos al centro obstétrico pudimos observar la oscuridad, el aislamiento, una puerta de entrada muy, pero muy estrecha. La sala de partos y el quirófano tienen una gran vitrina que permite ver a quienes están adentro desde el pasillo. Un diseño que permite a los/as estudiantes poder observar sin ingresar. De todas maneras presupone una exposición personal para las mujeres.

Una enfermera nos señala un detalle al que no le habíamos prestado atención. Las camillas de parto se orientan con la cabeza de la mujer hacia la puerta. No es un tema menor y luego compruebo que en otras maternidades (tanto la MSE como la nueva maternidad de La Banda, también en Santiago del Estero) cuando entramos a la sala de parto se ve a la mujer con las piernas abiertas. Se trata solamente de girar la camilla y se gana en privacidad. Los dispositivos arquitectónicos, el uso de los espacios y la distribución dentro de los mismos son clave no solo para el respeto de los derechos de las mujeres sino para el bienestar de las personas que trabajan y pasan largas horas allí.

Las excusas referidas a la infraestructura acompañan permanentemente los argumentos justificatorios de los motivos por los cuales no se pueden garantizar las leyes en vigencia. De esta manera en la MSE han dicho durante años que no se puede permitir el ingreso a un/a acompañante

⁶⁶Durante este período, los servicios dirigidos a la atención de las mujeres y sus niños/as, recibían mensualmente un ingreso proveniente del Plan Nacer que luego se llamó Sumar. Esto les permitió hacer inversiones de infraestructura y confort. En Santiago se mejoraron los baños, se pintaron las habitaciones, se puso aire acondicionado y estufas.

a la sala de parto porque están las otras mujeres allí y ante la falta de intimidad, eso las perturbaría. Luego tampoco pueden entrar a la sala de parto porque no hay espacio suficiente, aunque hemos visto la presencia de grupos numerosos de estudiantes. Esto ha cambiado porque se hizo una reforma. Usar la infraestructura como excusa, ubica a los argumentos en un formato inapelable. No se puede y no hay vuelta.

Otro aspecto del espacio que es necesario analizar es la circulación por el mismo. Como ya dije el espacio donde trabajan estos/as profesionales, es un circuito cerrado, en el cual la entrada y salida, significa atravesar una barrera con una gran cantidad de familiares que aguardan en la puerta, custodiada por la seguridad privada. Evitan salir, nos recomiendan: "No salgan por esa puerta que se les abalanzan los familiares, salgan por allá".

Entonces allí pasan muchas horas "enclaustrados" y se construye un ambiente de trabajo con una dinámica que busca la autoprotección. Quienes más tiempo dedican a la vida hospitalaria son los/las residentes de medicina y de obstetricia, que asumen a su vez la mayor sobrecarga de trabajo, aún cuando son principiantes y están en proceso de aprendizaje. Ellos/as plantean que no se enteran de lo que ocurre fuera de la institución, que no leen el diario, que no miran la televisión. Su vida es el Hospital y cubren todas las horas de todos los días de la semana. Las guardias de cada día, están constituidas por equipos que ya tienen sus propias dinámicas internas, trabajan cohesionados (o no), con alianzas corporativas, se cuidan y encubren errores e iatrogenias y tienen disputas con la guardia anterior o posterior. Las fronteras institucionales están marcadas, hay un adentro que es el espacio de protección y complicidad y un afuera que representa a la otredad y a una amenaza.

Si bien este tipo de hospitales que tienen una gran circulación de personas que se internan y a los pocos días se van de alta, no serían estrictamente instituciones totales, es pertinente volver a la conceptualización de Erving Goffman (2001:13) porque aporta una interesante caracterización: "Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente". Esta caracterización es adecuada para quienes están haciendo las residencias que resultan absorbentes y obstaculizan la interacción con el exterior, construyendo un mundo propio a quienes allí trabajan.

IV.2. Llegar a la maternidad

Las instituciones son ese espacio en donde se traspasa del ámbito privado al público. Pero particularmente para nuestro caso este cruce de fronteras, esta ruptura es simbólicamente intensa. Porque un embarazo es un evento que desde el momento de la concepción ocurre en la intimidad, es un evento sexualizado, ya sea que ese hijo/a se hubiera concebido con amor o desamores. La alegría o la desolación, la ilusión o el miedo son sentimientos que acompañan al embarazo. La presencia o ausencia de una pareja, las redes de contención o la soledad, son procesos vividos en la intimidad. Y el ingreso a la maternidad opera como una eclosión brutal, como una ruptura, como una traslación de asuntos privados y personalísimos al espacio público. Porque de alguna manera la vida sexual y privada de las mujeres, se hacen públicas y se les pregunta sobre si el embarazo fue deseado, si tiene pareja, si tiene otros/as hijos/as, se indaga sobre su sexualidad y estos asuntos se conforman en un asunto médico. Pero además su cuerpo pasa a ser un cuerpo expuesto, donde otras personas opinan, examinan, observan, sacan sangre, miden, tocan, exploran, tactan. Cuando una persona ingresa a un hospital pasa a ser un/a paciente y entra en un mundo en donde se establecen relaciones de anonimato. En este tránsito se cruzan numerosas fronteras en donde se dejan de lado las redes de cuidado que la acompañaron hasta la puerta y se dejan de lado las pautas culturales. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido, se la aparta de sus vínculos sociales. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Se limita su autonomía, sus decisiones, porque ya está subordinada a los conocimientos expertos. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital, sufre un enajenamiento. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto y porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia. Además las mujeres cruzan otra frontera que es la de estar embarazada a ser madre y encontrarse cara a cara con un/a hijo/a.

Las últimas semanas del embarazo suelen contener una gran tensión, tanto para la mujer que de a poco siente que suceden cambios que preanuncian la llegada del parto, pero también para el entorno familiar que se carga de ansiedades. Por eso sucede que ante la aparición de dolores acuden a la guardia del hospital y también suele suceder que las manden de nuevo a la casa y les digan que es una "falsa alarma". Ante la inmediatez o supuesta inmediatez del parto, lo habitual es que el traslado lo hagan en un taxi, remis o pagando a un vecino en el caso de las mujeres de zonas rurales.

Santiago del Estero es una provincia con un vasto territorio rural, y el traslado al hospital puede ser una odisea. Desde hace algunos años se impulsa una política que apunta a que todos los

partos ocurran en una maternidad que reúna las condiciones obstétrica y neonatales⁶⁷, y el único hospital que las reúne está en la ciudad capital. Hay localidades que están a más de 300 km, y el viaje puede durar hasta doce horas. En la mayoría de los casos las mujeres llegan al hospital cercano a su domicilio, se le hace una derivación y los traslados son en ambulancia. En Santiago en ocasiones el peregrinaje se da porque van en primera instancia al hospital de la zona, de allí la derivan al hospital zonal, de allí la derivan a la Maternidad de La Banda y de allí al Regional (HSE) que nunca puede cerrar sus puertas porque es el último eslabón que debe receptor todas las derivaciones. Un problema que se presenta es que las camas no son suficientes, quedan provisoriamente en una camilla o en ocasiones las mujeres nos han comentado que han compartido la cama con otra mujer, el giro de camas es altísimo y se otorgan altas de manera precoz, para poder disponer de los espacios.

En el GBA es habitual que las mujeres transiten de una institución a otra porque no las admiten, porque no hay camas en maternidad o no hay camas en neonatología. Las instituciones están colapsadas. En las entrevistas se ha visto que existe un peregrinaje de institución en institución, hasta que encuentran un lugar donde las reciban para realizar el parto. Aunque las mujeres eligen muchas veces asistir a hospitales que les quedan distantes de sus casas. La calidad de la atención recibida y el prestigio de las instituciones operan como razones de peso en la búsqueda de ellas. Así evitan ciertas instituciones que tienen “mala fama”. Por otro lado, la falta de información precisa acerca del momento en que inicia el trabajo de parto, lleva a buscar una consulta temprana que será rechazada cuando no cumplan con los criterios médicos de internación. Muchas veces, la falta de explicaciones adecuadas en la guardia, los largos viajes o la preocupación por no encontrar un lugar que las reciba las lleva a seguir viaje hacia el próximo hospital en vez de volver a sus casas a esperar que avance el trabajo de parto comenzando así un peregrinaje.

Lo que parece repetirse en ambas instituciones recorridas, es el desconocimiento de las condiciones objetivas de la vida de las mujeres, la ruta que deben transitar para salir de su casa, dejar a otros/as hijos/as, animales, trabajos, responsabilidades, y también los escasos recursos económicos de los que disponen. Y aunque se reconocieran estos son temas minorizados

Te tratan mal, ¿viste? Andá a tu casa. Vos tenés un hospital en tu zona. ¿Qué hacés acá? Sí, hay. Pero no hay maternos y el único materno no está habilitado.

Pasa que si llegaste, ponele, un fin de semana y ellas están a full, lo primero que hacen es tratarte mal, por más que vos ya tengas el bebé encajado. “¡No! ¡Andá a tu

⁶⁷Las CONE son las condiciones obstétricas y neonatales establecidas por la OMS que señala que el servicio tiene que tener: 1. Condiciones quirúrgicas: capacidad para realizar cesárea, fórceps, legrado por aborto incompleto, extracción de placenta, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, embarazo ectópico. 2. Anestésica: general y regional. 3. Transfusión de sangre segura. Poder realizar grupo y factor, contar con banco o reserva renovable de sangre. 4. Tratamientos médicos: eclampsia, shock, sepsis. 5. Asistencia neonatal inmediata: reanimación, control térmico. 6. Evaluación del riesgo materno - feto - neonatal: listado de factores de riesgo. 7. Transporte oportuno al nivel de referencia: Contar con teléfono, radio, vehículo permanente (OMS).

casa! ¡No pasa nada!”.

...no a mí me tocó una guardia cansada parece. Así me dijeron. Llegué con muchos dolores ya hace dos días que venía con dolores dolores y sabían que era así. Vengo para acá, me dieron estudio de orina -que se yo- me dijeron No es infección urinaria andate a tu casa. Cuando estaba saliendo por la puerta me termino de descompensar. Había sido que yo ya tenía una fisura en la bolsa y que mi nena me estaba recorriendo en la panza y eso que la doctora había hecho ecografía, de todo. No no, estás bien andate a tu casa. Es más me dice Si te duele esperá veinticuatro horas y si te duele andá a un hospital de la zona cerca de tu casa y listo pero acá no vengas, no te tomes la molestia de tanto viaje me dijo pero así en seco, o sea ni me preguntó cuáles son tus dolores, tus síntomas, no nada... (Grupo focal mujeres internadas 7° piso en la MGBA, 2014).

El trabajo dentro de las instituciones está marcado por una sensación constante de vértigo, en el que a la percepción de la urgencia y el riesgo propio a la atención del parto se suma la de desborde. Esta percepción es compartida por las y los profesionales del equipo de salud, pero también por las autoridades institucionales y gubernamentales entrevistadas.

Otra percepción es que hay un colapso institucional pero que se debe en gran parte porque tienen que atender a personas que no viven en el área del hospital (para el caso de la MGBA) o porque derivan un número excesivo de mujeres tanto del interior de la provincia como de la Maternidad de La Banda (para el caso de la MSE). Y aquí se pone en evidencia la falta de coordinación en los criterios de recepción, derivación. En el GBA cuando una institución tiene su capacidad colmada, queda librado a la suerte de la mujer encontrar otra institución que la reciba.

Por último, también existen problemas de coordinación interna, ya que dentro de las mismas instituciones existen problemas que surgen del peculiar funcionamiento de cada servicio, y cómo esto repercute en el funcionamiento de los otros. Por ejemplo, si los controles de laboratorio son necesarios para dar el alta conjunta, y el laboratorio no funciona durante los fines de semana, la ocupación de camas durante los fines de semana se irá incrementando progresivamente hasta que el lunes se produzca el alta conjunta. Los horarios y días de atención de un servicio obstruyen la posibilidad de aceptar mujeres en la maternidad por una falta artificial de camas, no debida a un aumento en el público atendido, sino a una falta de coordinación interna.

En el HGBA hay dos nudos críticos que llevan al cierre de la guardia de maternidad. Una es la falta de camas en neonatología y la otra es la falta de anestesistas. A esto debe sumarse que las condiciones permanentes de conflicto sindical o la falta de insumos y recursos humanos llevan a que muchas instituciones cierren sus puertas y nieguen a las mujeres la internación que buscan.

Estos aspectos merecen un análisis más cuidadoso. Las neonatologías se encuentra en el límite de ocupación en todas las instituciones, tanto públicas como privadas y se presenta como una limitante. Tal como veremos más adelante (capítulo V) cuando me refiera al crecimiento de las cesáreas, parece haber una tendencia global a los nacimientos anticipados que llevan a la

necesidad de internar al recién nacido/a en una terapia intensiva neonatal por haber interrumpido anticipadamente las semanas de embarazo que permitieran completar su proceso madurativo. En el ámbito privado, se sugiere que hay un negocio que impulsa esta tendencia.

Cuadro N°1. Comparación de la oferta de neonatologías y de profesionales por país

País	Población en millones	N° unidades de terapias intensivas neonatales	Hab. x unidades de terapias intensivas neonatales	Mortalidad infantil	Médicos x 10.000 hab.	Enfermeras x 10.000 hab.	Razón médicos/as - enfermeras
Argentina	38	300	126000	13	27	5	5,2
Chile	16	28	536000	8	13	10	1,3
Canadá	32	22	1450000	4	23	90	0,3
Estados Unidos	300	600	500000	6	28	97	0,3
Reino Unido	61	155	400000	5			

Fuente: Schwarcz, 2010. En: Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios Subsecretaría de Salud Comunitaria (2010:34) Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de las mujeres y de las adolescentes.

Este cuadro establece una relación entre algunas variables, haciendo una comparación entre algunos países de la región, de norte América y Europa. Lo que pone en evidencia es que en Argentina hay un número alto de neonatologías, como así también de médicos/as, y que esto no resulta en una disminución de la mortalidad infantil. También muestra la bajísima relación entre el número de profesionales médicos y de enfermeras/os para nuestro país.

IV. 3. El centro obstétrico

Llegamos al centro obstétrico de la MGBA con bastante facilidad, es accesible en el 1° piso. Había un cartel que decía sala de partos y varias personas afuera sentadas. Las paredes insisten en registrar y celebrar cada nacimiento. Aquí nació, pesó y la fecha. Son escritos recientes, se ve que las limpian más o menos seguido.

Julieta ya había estado por ahí y me dice que hay una puerta (estrecha) al costado por donde atiende la guardia de obstetricia. Tocamos el timbre en la entrada de la sala de partos. Sale una joven enseguida y aparece una médica que me habían presentado el día anterior. Le recuerdo quién era y nos hace pasar. La recorrida del día anterior nos abrió las puertas. Tuvimos la

oportunidad de permanecer en el centro obstétrico. Al momento de cruzar esa puerta estrecha que mencioné anteriormente se entra a un cambiador. Allí nos piden que nos pongamos botas (sobre los zapatos), gorro y camisolín descartables, y nos explican que es una medida para mantener la asepsia. Esto se contrapone con la circulación del personal que entra y sale, inclusive hasta la calle con la misma ropa. En la UNSE estudiantes y docentes usan la ropa del hospital para ir a clase, para andar en el colectivo y luego volver a entrar al hospital, de modo que no parece haber un criterio de razonabilidad en las restricciones a quienes no trabajan en el servicio y quienes trabajan. Por cierto si la medida es para evitar la circulación de gérmenes es mucho más probable que los/as mismos/as trabajadores/as sean portadores/as que una persona que viene de transitar por espacios no contaminados. Porque por cierto en los hospitales están los gérmenes más resistentes.

Entramos por un pasillo y a mano izquierda luego de los vestuarios, está el consultorio de guardia, y luego las habitaciones de parto. Que son tres y en cada una hay una mujer acompañada en un caso por su pareja y en otro por una mujer presumiblemente su madre. Y una o dos profesionales, que la acompañan auscultan los latidos del bebe. De lado derecho unas habitaciones más abiertas al pasillo (con menos intimidad) con dos camas cada una con las mujeres que están en el puerperio inmediato. Luego una sala de estar de los/as médicos/as y las obstétricas, con una gran ventana al jardín, una pc en donde cargan las historias clínicas perinatales y donde pueden ver los resultados del laboratorio sin necesidad de ir a retirarlos (en el HSE ese es un problema porque no hay intranet). Y del otro lado al fondo de un pasillito la sala de las enfermeras. Hay diferencias entre las salas de médicos y residentes y la de enfermeras. La de los médicos es luminosa, tiene una ventana que da al patio y atrás se ve el barrio. La sala de enfermeras no tiene ventana está al otro lado del pasillo, y parecía oscura y solitaria. Siguiendo por el pasillo, dos salas de parto y dos quirófanos. Y esta sala se puede usar de quirófano si faltara. Pero por lo general dicen que no hace falta. Luego hay un lugar para la recepción del recién nacido/a.

Hoy sábado tenían tres cesáreas programadas pero no las van a poder hacer porque no vino la anestésista. ¿Por qué no vino? Nancy la médica de guardia dice: "Y no sé por qué no vino. La llamé y me cortó y luego apagó el teléfono". Hablamos sobre las dificultades con los/as anestésistas que conforman una corporación cerrada. Sin embargo si hubiera una urgencia, llaman al anestésista de la guardia. Y ella estaba negociando con uno de ellos para que le haga algunas de las cesáreas programadas porque sino se acumulan e iban a quedar para el lunes. Nancy estaba preocupada no sólo por no recargar para el lunes, sino también por los familiares que están afuera esperando el nacimiento del niño/a. Comenta que uno de los problemas que tienen es que las mujeres con sus familiares, han peregrinado por diferentes hospitales y que nos las reciben por falta de cama. Y que entonces cuando llegan al HGBA están muy nerviosas/os por el maltrato

recibido, por la tensión acumulada y por todo el dinero que gastaron yendo de aquí para allá muchas veces pagando un remis. Entonces llegan exigentes, quieren que las atiendan pronto, que les hagan la cesárea que en otro lugar les dijeron que tenían que hacerles. Allí se generan situaciones de tensión, hasta que se les explica y por lo general entienden y se calman.

Y agrega Nancy: "En este momento de neonatología me dijeron que 'no nazcan mas', que no tienen posibilidad de recibirlos/as". O sea que no había anestesista ni lugar en neonatología.

A Nancy las compañeras de guardia tanto médicos/as como obstétricas la llamaban Nan. Solo dijo su nombre y no su apellido. Nosotras nos presentamos. Es una mujer joven, de unos 35 a 40 años, de clara ascendencia afro. Ojos grandes negros, pelo rizado, alta, flaca pero de contextura fuerte, ambo azul. Se la siente algo acelerada, esa adrenalina propia de las guardias. Le pregunté si estaba de responsable de la guardia, me dijo que ella con dos médicos más (luego solo vimos uno). Sin embargo enseguida se calma y con amabilidad nos muestra toda el área.

Como ya mencioné hay un problema con las altas. Porque resulta que ellos/as (los/as médicos/as obstetras) le dan el alta temprano a la mujer para que se pueda ir, luego los/as neonatólogos/as se demoran y le dan el alta después del mediodía. Entonces tendrían camas para desocupar pero esta demora hace que las mujeres no puedan subir al 6° y se les retrasa la circulación. No tienen dónde ubicarlas.

Las salas de partos tienen una cama en el centro y están ya listas y limpias para recibir una mujer. La camilla está acostada pero tiene la posibilidad de levantar el respaldo hasta los 45° más o menos, pero no para que se siente.

Buscamos por los rincones el sillón para el parto vertical que el día anterior me habían dicho que tenían. No estaba por ninguna parte. Cuando pregunto saltan rápido a buscarlo. Era una prueba contundente de que hacen partos verticales. Lo encuentran en una de las habitaciones de parto, estaba un acompañante usándolo para sentarse. Lo sacan y nos lo muestran. Es como una medialuna de unos cincuenta centímetros de altura. Es de madera y dicen que lo recubren con un campo estéril para que se siente la señora. ¿Cuándo la usan? Sobre todo para las "multíparas" dice Nancy porque es a quienes mejor les resulta. Pero no pareció haber un criterio uniforme, unas dijeron que les preguntaban a todas, y otras que evaluaban según el caso.

IV. 4. Dos nacimientos en la MGBA

Mientras conversábamos se escucha un alboroto y Nancy salta de la silla. Alguien grita por el pasillo *Un desprendimiento!!!* Y en dos minutos estaba todo listo para hacer una cesárea. ¿Viene con "vía"? - Sí, contestaron. Fue muy impresionante la velocidad en que ocurrió todo. Y cómo

cada uno/a sabía qué tenía que hacer. La señora vino en camilla. La habíamos visto que estaba en unos de los cuartos de parto. Aspecto coya. No era tan joven. Desprendimiento de qué me pregunta Julieta. Calculo que de placenta le contesté. Luego nos explicaron qué había pasado. La señora había llegado hacía algo más de una hora y estaba con trabajo de parto y en un momento comenzó a sangrar, señal inequívoca de que la placenta se desprendió. Si se desprende del todo el niño/a muere en pocos minutos. Ella tenía un desprendimiento del 30% por eso el bebé no sufrió tanto. Un varón. Nació bien, algo azulito y enseguida estaba el neonatólogo revisándolo y él llorando a todo pulmón.

En cuanto entra al quirófano, la mujer cara de susto, le acercan una planilla para firmar. Ella firma. No sabemos qué le dijo y cuánto le explicó. Pero ella firmó sin tiempo de leer, obviamente. A los pocos minutos estaba dormida. La mujer tiene durante la cirugía una gran tela que le tapa la visión. Su cuerpo queda partido en dos. De la parte inferior trabajan los cirujanos y de la parte superior trabaja el/la anestesista. Durante la cirugía el cuerpo de la señora era un objeto flácido, inerte. Cuando sacaron rápido el niño y vieron que estaba vivo y bien, hubo como una tranquilidad general. Calculo que si hubiera estado muerto, el efecto hubiera sido la tristeza y sensación de fracaso. Porque hubo mucha energía puesta en que todo salga bien. ¿De dónde salió el anestesista que llegó tan rápido? Es que los quirófanos generales están en el primer piso y comunicados. Cuando terminó su trabajo, estaba él mismo lavando su instrumental.

El corte de la piel para la cesárea fue transversal. Al final mientras suturaban, un médico le enseñaba a hacerlo a una médica más joven. Quizás por eso demoraron un rato.

Es el mismo neonatólogo quien hizo toda la revisión del niño, y luego se ocupó de la identificación, la pulsera, la impresión palmar (la mujer estaba todavía inconsciente) y plantar. Le pregunto a Nancy por el contacto precoz entre la madre y el/la niño/a, cómo era en el caso de una cesárea. Me contesta: "No se hace, no se puede poner en contacto porque se contaminaría el campo, sería un desastre. En las cesáreas programadas la mujer está despierta y entonces se le muestra la criatura. Está despierta porque se le hace `anestesia raquídea`".

Hay una señora que ya está por parir y la están por llevar a la sala de partos. Le pregunto si no van a cambiar a la chica de habitación para que esté con la mamá, mientras voy con ella hacia la sala de parto. Escucho atrás que Nati también pregunta por la chica y que dan indicaciones para cambiarla de habitación. Me da la impresión de que están cuidando lo que dicen y hacen porque estamos nosotras. Me da la impresión de que hay una cierta agresividad contenida en la manera en que la tratan. Me quedo con la sensación de que estamos protegiendo a la chica y de que deberíamos hacer otra cosa, pero no sé qué hacer y comparto la molestia por los gritos y la impotencia de escucharla gritar y me quiero ir de ahí. Por suerte una mujer está por parir y nos vamos a la sala de parto.

La sala de parto está preparada. Pusieron trapos azules en el piso, alrededor de la cama. Traen a la mujer en silla de ruedas. Miramos desde afuera y una chica que debe ser una médica residente, nos dice que si queremos podemos entrar. Mientras nos lavamos las manos, Analía se cruza con un muchacho con barba. Parece residente. Lo carga y le pregunta por qué no se ha afeitado. “No tengo tiempo”, le contesta él, también en broma.

Nos dan unos barbijos para entrar. Entramos con Nati a la sala de partos. Ya subieron a la mujer a la cama, y le están dando indicaciones para que adelante la cola y la apoye. La mujer está acostada. Al lado está una mujer que la acompaña. Es la misma mujer que estaba hoy en la habitación de parto acompañándola. La partera le dice que no le de la mano a la mujer, que se agarre de la cama. La trata de “gordi” y “mami”. Está parada en un escaloncito al lado de la mujer. Enfrente de la mujer, están las dos residentes. Parecen residentes de obstetricia y de medicina. También hay una enfermera y el residente de pediatría. Y nosotras. Todos tienen barbijos. Me llama la atención, además, de que tanto en la sala de parto como en el quirófano durante la cesárea anterior, todas las personas (menos la partera) tenían puestas camisolas y botas descartables sobre sus ambos.

Mientras la preparan, la mujer corre las piernas. La partera las había apoyado en los palos donde se apoyan los pies y ella los había corrido muy poquito. “Mami, dejá las piernas donde yo te las pongo”, le dice a la mujer mientras le reacomoda los pies apenas corridos. La mujer no vuelve a correrlos de su lugar. Si bien están las cintas de tela, no le atan los pies. Me sorprende la docilidad de la mujer, tanto en su carácter como en su físico. Me sorprende que no vuelva a mover las piernas. Damos unas vueltas hasta que encontramos un lugar alejado donde ubicarnos. La partera atiende el celular. Aclara que está en un parto y que luego devuelve la llamada. Guarda el celular y le dice a la acompañante que empuje la cabeza de la mujer hacia la panza cuando ella empiece a pujar. La mujer puja dos veces y el bebé nace. Apenas se queja. Es rapidísimo. La beba está blanca. Es chiquita. Tarda unos segundos en empezar a llorar, y no llora muy fuerte y me angustian esos pocos segundos hasta que se la escucha.

El residente toma a la beba, le suben el camisolín a la mujer y le apoyan a la beba sobre la panza. El chico le pone la banda identificatoria al bebé y le cortan el cordón. La hermana le dice a la mujer que la nena es hermosa, la mujer le habla a la beba. Veo de atrás que a la hermana se le caen unas lágrimas. Yo también me emociono y miro la cara de una de las médicas. Está feliz.

Al muy poquito tiempo, se llevan a la nena a hacerle los controles. La enfermera comienza a hacerle preguntas para completar un formulario, que dónde vive, que cómo se llama (Verónica), que cómo se va a llamar la beba (Araceli). La mujer contesta y yo me pregunto por qué no le hacen esas preguntas a la acompañante, o en otro momento. La hermana toma a la mujer de la mano, pero le dicen que acompañe a la nena. La hermana sale obediente y la mujer queda sola. Vuelve la enfermera, que había salido cuando salió la beba. Le dice a la mujer que la hermana se

sacó una foto con su hija. Las residentes se ríen y protestan en nombre de la mujer: no puede ser que la primera foto con la nena sea con la tía, debería ser con la mamá. La mujer cuenta que en sus otros partos a esta altura ya le habían sacado un montón de fotos con su hija.

La residente (creo que es médica obstetra) tironea y sale la placenta. Le empuja la panza a la mujer para ayudar a que salga. La mujer pone cara de molestia. Al rato, le introduce la mano para hacerle un control y terminar de extraer restos orgánicos. La mujer se queja de dolor. La chica le dice muy amablemente que sabe que le molesta, pero que está terminando de controlarla. Luego, la otra residente introduce sus dedos. Actúa con más suavidad, o quizás sólo esté palpando. Pregunto qué pasaría si alguien quisiera llevarse la placenta. Una de las residentes me dice que nunca se lo pidieron, pero que hay unos tachitos y que supone que se la podrían llevar ahí. La otra residente también dice que nunca le pasó, que por el contrario, cuando ella le pregunta a las mujeres si quieren ver la placenta, las mujeres, por el contrario, no quieren saber nada con que se la muestre. Me parece un comentario extraño, pero no pregunto nada. Cuando escuchó mi voz, la mujer nos miró, inquisitiva, por un largo momento. Me dí cuenta de que nunca le habíamos pedido permiso para estar ahí. Nadie le explicó quiénes éramos ni le preguntaron si podíamos estar durante su parto (Nota de campo Julieta Arosteguy, 2015).

IV.5. Despojos

Pero además de los laberintos arquitectónicos que logran que una se sienta realmente perdida en estas instituciones, es notable las relaciones de anonimato con quienes trabajan allí. Y este hecho de alguna manera también remite a la dictadura cívica militar. Todos/as están uniformados en el Servicio, con delantal blanco o con chaqueta y pantalón de diferentes colores, que son un signo de distinción, aunque sin diferenciación entre las profesiones. A simple vista no se puede saber, si es un/a médico/a, obstétrica/o o enfermero/a, salvo recurriendo a una mirada atenta que se proponga una clasificación social y entonces el peinado, los anillos o collares, los zapatos se transforman en elementos elocuentes. Y resulta más o menos fácil reconocer a los/as médicos/as porque portan distinciones y actitudes de clase. En la MSE el jefe del servicio Ernesto Peñaloza, dijo al respecto que había comprado uniformes para el personal, con el nombre bordado a la vista, pero que no lo usaban en el hospital, aunque sí en las clínicas privadas (cuaderno de campo, 2008). Además trabajan otras personas auxiliares como camilleros, seguridad, limpieza y administración⁶⁸.

⁶⁸Cuando estuve internada en el Hospital Privado de la CABA por una apendicitis aguda (agosto 2015), los/as profesionales no se presentaban espontáneamente, ni tampoco tenían identificación. Como contraparte ellos/as sí sabían perfectamente mi identidad, porque la historia clínica está en cada computadora del hospital con una foto. Un poco obsesionada con el tema, a cada uno/a sistemáticamente les preguntaba el nombre. La primera persona que me

Tanto en el HGBA como en el HSE prácticamente nadie, ninguno/a de los/as profesionales con quienes estuvimos, tenían una identificación con su nombre ni con su profesión y esto configura una suerte de anonimato colectivo.

Además de esa relación de anonimato sucede una reconfiguración de la identidad subjetiva por parte de las mujeres que deben adaptarse a las normas institucionales y ser *pacientes*. Ocurre también una pérdida de la privacidad a partir de la exposición pública de los cuerpos y de sus asuntos de la vida íntima. Cuando llegan dejan sus pertenencias y sienten temor de llevar objetos de valor por la posibilidad de que se los roben. Y el cuerpo es un resguardo soberano cuando ya nos han retirado las posesiones. A veces llevan un camisón y sino les dan un camisolín que no llega a cubrir demasiado el cuerpo que está desproporcionadamente panzón. Cada mujer lo vive de manera diferente pero en muchas de ellas se despierta un sentimiento de vergüenza. Los preparativos para esa exposición física se ponen en evidencia en el HGBA con la práctica que se ha generalizado de hacerse una depilación completa y que se ha vuelto costumbre en los últimos años.

- Tanto en el consultorio privado como en el hospital las pacientes llegan totalmente depiladas...
- También el pubis?
- También el pubis... hace unos días una paciente me pidió disculpas... Perdóname doctor que no tuve tiempo de ir a la depiladora me dijo.
- Qué extraño... (Conversación con subjefe de la MGBA. 2015)

Sin proponerme hacer una interpretación profunda de esta moda de despojo de los pelos que no sólo es palpable en estas mujeres, sino también en los medios de comunicación y todas las exposiciones públicas de las piernas o axilas⁶⁹. El pelo en el cuerpo no corresponde⁷⁰, es desagradable y busca asemejarse al de una niña. Y quizás fortalece los mandatos de agrandar, de estar bellas ante la mirada de los demás. Es una exageración, porque debe ser francamente doloroso exponerse a esa depilación en vista del hecho de verse ante sí misma y ante los/as demás, más hermosa o quizás más higiénica. Hasta hace unas tres décadas atrás el rasurado era una práctica de rutina en las maternidades; ahora que se dejó de lado, lo incorporan las mujeres por iniciativa propia.

Otro despojo es el aislamiento de su entorno cercano, de sus familiares y amistades que quedan detrás de la puerta donde está la guardia y ya no podrán pasar hasta que les autoricen o

atendió en la guardia fue un varón, me dijo el nombre y apellido luego de que le preguntara, pero no me dijo que era enfermero. Yo imaginé que era médico. Luego me atiende una médica y al preguntarle el nombre me dice "Lorena". Parece evidente el deseo de mantenerse en el anonimato. Este tipo de situaciones se repitió a lo largo de toda la internación. Tuve que insistir para averiguar el nombre de la cirujana que me operó y que anduvo explorando en mis tripas. Pero curiosamente nunca le conocí la cara, no me visitó en el postoperatorio, ni siquiera en el control posterior al alta cuando supuestamente tenía un turno con ella.

⁶⁹Se extiende a los varones con la expansión de modelos masculinos que no son de pelo en pecho.

⁷⁰Michelle Perrot (2008) escribió un libro precioso que se llama *Mi historia de las mujeres* y allí ella dedica un capítulo exclusivamente a una revisión del pelo de las mujeres en la historia de Francia.

saber de ella cuando hagan los informes. Los horarios de visita son muy restringidos en los hospitales públicos y suelen ser a la hora de la siesta, de 14 a 16 hs⁷¹. Y a los niños y las niñas no los dejan entrar, aunque haya nacido un/a hermanito/a, aunque necesiten ver a su madre internada y esta es una regla muy estricta⁷².

R2: No dejan entrar chicos chiquitos me parece porque es un hospital, me parece que yo si fuera mamá tampoco traería un nene al hospital por todas las infecciones que hay. Imaginate que pasan ¿cuántas por día por acá? Y tocar las cosas, todo. La realidad es que, yo, si se puede esperar, me parece que un nene no tendría que estar en un ambiente hospitalario. Si está bien que venga una horita a conocer al hermano pero más que eso no.

E: Pero no puede entrar...

R1: No, en general no. Las pacientes suelen estar internadas dos o tres días. Se considera que se puede esperar. No hay necesidad de entrar un menor de edad a un ámbito hospitalario por la higiene, por todo y por la seguridad también. Lamentablemente hay que considerar eso también. En general no se les permite. Ha habido alguna que otra excepción de madres que hay estado mucho tiempo acá internadas que vienen y los ven (Grupo focal residentes medicina, HGBA, 2015).

El acompañamiento es un problema en el momento del trabajo de parto y el parto. Como mencionamos anteriormente, las instituciones muchas veces esgrimen limitaciones estructurales para justificar algunas decisiones que son tan inamovibles como una pared. Pero incluso cuando la maternidad tiene condiciones edilicias adecuadas o que promueven el acompañamiento de las mujeres, se presentan obstáculos para garantizar este derecho. Al respecto, resultan llamativos los datos estadísticos de la MGBA en donde el porcentaje de mujeres acompañadas por parte de la pareja o un familiar es del 30%.

Los argumentos por las limitaciones edilicias son paradójicos porque los dos hospitales recorridos funcionan como escuelas para las profesiones de salud y entonces pueden estar presenciando el parto unas 10 o 12 personas, y se prioriza a estudiantes antes que aquella persona que la mujer haya elegido como compañía. Y las mujeres relatan sentirse intimidadas ante tanta gente, pero aún más les perturba el sentimiento de soledad acompañado del miedo. El miedo y la soledad son la combinación que expone a las mujeres a la vulnerabilidad, y las deja indefensas ante las situaciones de violencia. Dice Foucault (1975:237), *La soledad es la condición básica de la sumisión total*, y es entonces donde la soledad opera como un mecanismo de violencia institucional, que a su vez potencia el miedo.

- Sí, sí, yo le decía al doctor que no me dejen sola porque yo tenía miedo. Después de

⁷¹En Santiago del Estero, el movimiento a la hora de la siesta es limitado, sobre todo en la época estival, donde la gente no sale a la calle y se preserva del calor. Desde esta óptica, las visitas transcurren en el peor horario. El mismo pareciera que contempla más los ritmos institucionales, que las necesidades de las mujeres y sus familias.

⁷²Me tocó acompañar de cerca a una señora amiga que enfermó gravemente y con posibilidades ciertas de morir en el HSE año 2016. A su hijo de 12 años no lo dejaban entrar a verla aunque estaba en una sala general y no en terapia. Además en la puerta del servicio había un cartel que decía "no se permite el ingreso con pantalones cortos y sin mangas". O sea que en Santiago con el calor que hace y donde la mayoría anda así vestido/a, se encuentran con una prohibición moralizante propia de un templo religioso. Ante el primer reclamo, tuvieron que sacarla.

14 años he ido a tener... yo tenía miedo, no quería que me dejen sola. Yo les decía a ellos que en ningún momento me dejen sola (Mónica, MSE, 2007).

- Tenía miedo de que por la misma hemorragia me vaya a... me vaya a morir. Ese era el miedo que tenía (Susy, MSE, 2007).

El miedo a que les pase algo, el miedo a la muerte está presente. Pero ellas expresan que lo más importante es que el/la bebé esté bien. Refieren una actitud de postergación de sí mismas a favor de la vida del niño/a. La mujer madre es culturalmente un ser para otros/as (Lagarde, 2001) y en el momento del parto se pone en juego el peso simbólico de esa entrega.

Yo no podía ni levantar las piernas, ya en los últimos momentos hacía lo que podía con tal de salir de todo eso, desocuparme, todo... de que nazca el bebé y de que nazca bien, yo ya estaba preocupada porque pasaba el tiempo. Entonces cuando me decían ellos que yo haga fuerzas, encima me gritaban, me decían ¡Dale, dale que le pasa la hora! es como que a mí me ha agarrado una desesperación porque ellos, me gritaban y yo peor me ponía... (*llanto*), era una cosa horrible porque ellos me decían ¡Dale, dale que le pasa la hora!, yo en esos momentos se me pasaban por la cabeza hacer todo lo que podía aunque quede como quede yo, no me interesaba, pero que nazca el bebé y nazca vivo... Ellos me gritaban ¡Dale, dale que se pasa la hora!, a mí me ha agarrado una desesperación... yo decía pase lo que me pase a mí, no me interesa pero yo lo que quería es que mi hijo nazca vivo (*lágrimas en los ojos*), porque me gritaban, me gritaban horrible ¡Dale, dale que se pasa la hora! (*voz temblorosa, angustiada*). A mí me ha agarrado una desesperación y yo no sabía que hacer... y me decían ¡No! Estás haciendo mal la fuerza, no tienes que hacer así, no tienes que hacer así! Yo hacía todo lo que podía. Cuando me decían ¡Le pasa la hora, le pasa la hora! ahí me he descontrolado peor de lo que estaba. Y bueno, después cuando ha nacido el bebé, cuando ha reaccionado, yo ahí me he quedado más tranquila, pero él había nacido re-moradito, no lloraba nada, yo he preguntado, ¿Qué le pasa?, ¿cómo está? y ninguno me decía nada, ninguno me decía nada...! (*llanto*) (Roxi, MSE, 2006).

El momento refleja tensión, gritos, amenazas sobre la vida del bebé y también el silencio ante las preguntas que Roxi les hace. Este silencio por parte de la persona que asiste, aparece de manera reiterada. *¿Cómo está el bebé? ¿Es varón o nena?* y no obtiene respuesta, no hay interlocución frente a sus necesidades de información.

Una gran discusión se da para el acompañamiento de las mujeres a quienes se les realiza una cirugía cesárea. En la CONSAVIG se recibió a comienzos del año 2015, el pedido de una mujer que tenía programada una cesárea en un hospital de la provincia de Buenos Aires y había solicitado por nota a la dirección de la institución estar acompañada por su pareja, acogiéndose a la Ley Nacional N°25.929. El director se niega y ella acude la Defensoría del Pueblo de la Nación que emite una resolución⁷³ en la cual deja constancia que la interpretación de la ley es que las mujeres tienen derecho a estar acompañadas más allá de la vía de terminación del parto. Como ya se planteó en el capítulo II, luego al reglamentarse la mencionada ley en septiembre del mismo 2015 se deja claro en el Artículo 2, inciso g) que: *Todo lo referido (al acompañamiento) en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto*. De todas maneras este

⁷³Ver anexo N°5

punto encuentra importantes resistencias en la comunidad médica para su cumplimiento. Los fundamentos por lo general son por la asepsia, o que esa persona se descomponga, o la escasez de ropa para vestirlos/as. La escena habitual en una cesárea es que la mujer ha recibido una anestesia peridural (que duerme el cuerpo de la cintura para abajo) y entonces ella está despierta. El/la acompañante se sienta al lado de ella cerca de la cabeza y a cierta distancia de donde sucede la intervención y hay una sábana que impide que la mujer o su acompañante puedan ver lo que sucede en la zona que está siendo cortada⁷⁴.

El acompañamiento tiene otras aristas que cabe analizar. Lo más visible es que las mujeres pueden tener una persona de su confianza que las contiene emocionalmente. Hay algunos debates sobre si la persona indicada es la pareja ya que puede resultar que esa mirada sea inquietante para la propia mujer y se da por sentado que es él/ella que debe entrar sin hacer evaluaciones cuidadosas.

...por lo menos alguien de confianza, nuestra familia por ejemplo que tenga acceso a poder pasar cuando estamos en el parto porque muchas veces estamos con un montón de personas a nuestro alrededor..., no digo que pase el padre, la madre como pasan en las películas, o esté el marido y toda la familia alrededor, pero por lo menos que pase la persona que nos lleva a nosotras por ejemplo siempre está mi mamá, mi mamá también tiene a veces el deseo de compartir y estar, y a mí me hubiera gustado que mi mami esté o vea algunos de mis partos. Ahí hay tantas personas que no conozco y me han visto toda en la intimidad, ella que me ha criado, ella no me va a poder ver, sería una experiencia emocionante para mi mamá, hubiera sido de que yo tenga alguno de mis hijos y que esté en mi parto. Mi marido no. Porque es como que ellos mientras menos vean mejor... no son los maridos como en las películas, Pablo Echarri, algún otro, no nada que ver, no ellos no quieren saber nada. Siempre es la madre la que anda detrás de una (Grupo focal mujeres usuarias SE, 2006).

Otro aspecto es que esa persona que acompaña opera además de testigo de lo que allí sucede y también como garante de los derechos. Según Ernesto Peñaloza, para los/as médicos/as y obstétricos/as es mejor que haya testigos/as porque ante una complicación podrán ver todo lo que se hizo y los imprevistos que pueden suceder. Él plantea que esto opera como un resguardo ante la posibilidad de un juicio de mala praxis (Entrevista a EP, 2011). Aunque otros temen que eso juegue de manera contraproducente. Lo cierto es que durante el trabajo de parto a las mujeres las suelen dejar solas en una habitación (con visitas periódicas), donde se respira una gran tensión por el ritmo del tiempo y los dolores que se presentan y el/la acompañante es la persona que asume el rol de reclamar atenciones que pueden ser molestias.

La presencia de los celulares habilita a que las mujeres se comuniquen con sus familiares que están afuera. Aunque a veces no tienen, o eligen no llevarlo consigo. Y si no está el/la acompañante hay una forma de violencia que es la falta de comunicación sobre las novedades. Y en la MSE hemos visto cómo el personal de seguridad es quien en muchas ocasiones lleva las

⁷⁴En el capítulo V describiremos algunas experiencias de cesárea relatadas por las mismas mujeres.

novedades buenas o malas, ciertas o confusas a los/as familiares.

R1: A mí hay algo que me gustaría cambiar que realmente nos pasa por el caudal de trabajo... a mí lo que no me gusta... no sé si es violencia obstétrica... no me gusta que a veces siento que le falta un poco información a los familiares que están afuera. Las pacientes entran al centro obstétrico y es un lugar cerrado, aislado, por toda la antisepsia, todo; y si bien entra un familiar, el marido o quien quiera presenciar el parto o quien quiera estar con ella acompañándola, a veces pasa que una paciente que se operó o una paciente que no entró el familiar porque no se pudo o como sea, a veces pasa que tarde el llegarle la información a la familia de afuera. Yo a veces me doy cuenta y digo: tendríamos que cambiarlo o buscar alguna forma. Porque la verdad es que la gente que está afuera deja a su mujer embarazada que quizás entró a urgencia o lo que sea, y por ahí a veces en serio pueden pasar 4 o 5 horas en que no sale nadie a informarles nada. Por ahí la paciente ya tuvo la cesárea, ya tuvo al bebé, y nadie informó nada. Este es un descuido de los médicos y de las obstétricas, seguro, pero también pasa que lo último que puede hacer es ir a informarles a los familiares. Eso es algo super importante pero a veces no te da el tiempo (Grupo focal residentes medicina MGBA, 2015).

Las mujeres son clasificadas rápidamente en función de algunas características generales como la edad, semanas de embarazo, si se hizo controles del embarazo y cuántos, si es primigesta o el número de hijos/as, si es *multípara*, cuánta dilatación tiene; intensidad, ritmo y duración de las contracciones; presión arterial, vitalidad fetal, estado de la bolsa, entre otras. Pero también se las clasifica considerando su actitud frente al trabajo de parto (si *colabora* o no, si obedece, si está con miedo o tranquila, llorona, descontrolada, si desea ese hijo/a o no, si tiene tatuajes y dónde). Se ponen en juego también otras clasificaciones sobre su color de piel, origen étnico, clase social, ropa de ella o la del bebé, su capacidad comunicativa, educación. Estas clasificaciones influyen en las decisiones de intervenir, esperar o no; pero también en discriminaciones o acercamientos según la afinidad o no que resulte de la misma. Erving Goffman (2001) además plantea que en las instituciones se aplica un test de obediencia que sería otro aspecto en estas múltiples clasificaciones.

Las mujeres llegan a la maternidad, es una *Maternidad* y en consecuencia la mirada que se tiene de ellas, no es tanto como mujeres sino como madres. Llegan como mujeres embarazadas y salen con título de madres. Tienen la etiqueta de que son madres y de que realmente desean serlo o deberían desearlo al menos. Y es necesario considerar que a veces llegan porque, como no deseaban ser madres interrumpieron un embarazo. Al fenómeno de la maternidad, en la lógica de la dicotomía naturaleza- cultura (aún en su falsedad) se la ubica en el ámbito de lo natural. Como ya hemos visto la ciencia históricamente ha buscado la domesticación de la naturaleza, es así que se posiciona como activa y enérgica frente a la pasividad femenina. Pero además la imagen que se tiene de la mujer madre es la de aquella que ama a su hijo/a, y que lo expresa, que es abnegada y obediente, que se posterga a sí misma en función de su bebé y que colabora con la empresa que en verdad llevan adelante los/as médicos/as: sacar al bebé.

El tratamiento a las mujeres habla de esa identificación con la madre, pero además aplica la inferiorización. Lo hemos escuchado infinidad de veces: *madre, mami, mamita, gorda, gordita*, o la *pacientita* de la cama tal.

E: ¿Cómo las tratan ustedes a las mujeres? ¿Cómo se dirigen a ellas?

R: gordita (todos)

R1: cuando no nos acordamos el nombre “gordita”,

R2: cuando estamos enojados “señora”

R3: o por el nombre

E: ¿y cómo se refieren ellas a ustedes?

R1: “doctor”

R2: “partera” (Grupo focal residentes de medicina, MSE. 2008)

La infantilización de las mujeres y a veces también de las personas de su entorno próximo, es parte de una estrategia de demarcación del lugar de la subordinación o minorización. Y en tanto niñas son evaluadas con una mirada distante, que las enjuicia culpabilizándolas por el incumplimiento de los mandatos de maternaje y sanitarios. Al referirse a los medios de comunicación Noam Chomsky plantea lo siguiente:

Si uno se dirige a una persona como si ella tuviese la edad de 12 años o menos, entonces, en razón de la sugestionabilidad, ella tenderá, con cierta probabilidad, a una respuesta o reacción también desprovista de un sentido crítico como la de una persona de 12 años o menos de edad (Chomsky, 2012).

Hay una violencia emocional que se disfraza con mensajes de cariño, "vos no quieres que le pase nada a tu bebé" que produce una ruptura en los argumentos racionales y apela a lo emotivo y por supuesto también a la culpa. Pero luego cuando se tiene que explicar las razones de una intervención o de una complicación o resultado adverso, el lenguaje se transforma y ya no es el dirigido a un infante sino que muta a un lenguaje encriptado, de difícil comprensión. Ese lenguaje que usan los profesionales médicos/as se expresa verbalmente pero también por escrito en las recetas y en la historia clínica. Para el caso de la indicación escrita de medicamentos hay una complicidad con los/as farmacéuticos/as que parecen tener una capacidad de interpretación de la letra de los/as médicos/as particularmente desarrollada.

Con la información pasa que nosotros creemos que estamos haciendo las cosas bien, informamos todo y a la media hora viene otro familiar directo y dice, No mire vengo a preguntar porque el que recibió la información del paciente no entendió nada. Entonces ahí empieza el problema de comunicación (Grupo focal residentes de medicina, 2008 MSE).

IV.6. Las normas y la anomia. Consentimientos

Fuimos particularmente insistentes al momento de preguntar sobre las normas de funcionamiento del servicio, guías para la atención de las mujeres en sus partos o los protocolos de actuación frente a tal o cual circunstancia. No los encontramos.

También fuimos en ambos servicios, insidiosas al saber si conocían las leyes vigentes que protegen a las mujeres, de nacimiento respetado, de violencia obstétrica, de derechos del paciente, de ligadura tubaria, el fallo FAL sobre abortos no punibles. Y nos encontramos también con un significativo desconocimiento.

En la página del Ministerio de Salud de la Nación hay numerosas normativas y guías destinadas a los/as profesionales para la atención de las mujeres y los/as niños/as: Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015); Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013); Emergencia Obstétrica (2012); Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia (2010); Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo (2011).

Resulta particularmente significativo que en la Guía para la atención del parto normal no figuren las leyes (25.929 y 26.485) ya mencionadas, que especifican los derechos de las mujeres durante el nacimiento. Esta guía de 129 páginas, contiene numerosas recomendaciones y alude por ejemplo a una Ley de hipoacusia o a la Ley Nacional de sangre, y se detiene en explicar procedimientos de modo detallado. Además contiene instrucciones precisas sobre la atención del trabajo de parto y parto que se incumplen sistemáticamente en las maternidades recorridas. Como por ejemplo el hecho de que recomienda no poner una vía endovenosa a las mujeres cuando ingresan o la posición para el período expulsivo del parto, o la episiotomía rutinaria que son prácticas repetidas y que se desaconsejan.

Pareciera entonces que las maternidades tienen normas precisas, que pueden variar de acuerdo a los criterios del/a médico/a a cargo de la guardia, porque cada maestro tiene su libro, pero estas normas son implícitas o se hace explícitas de boca en boca, sin acogerse necesariamente a criterios científicos o las normativas del Ministerio de Salud. No encontramos normas escritas, nos dijeron que no hay protocolos, e inclusive parecieron sorprendidos/as con la pregunta o no la entendían⁷⁵. Ante la insistencia dicen que siguen la Guía de Nación, pero no está impresa, todos/as

⁷⁵Diferentes autores/as hablan de la tendencia a la protocolización de las prácticas médicas. O sea que definen todo en un manual que siguen paso a paso. Entonces para tal cuadro es necesario hacer primero esto, luego esto, para

saben que existe, pero en varias de sus recomendaciones no se cumple.

Cuando preguntamos por los criterios de internación de las mujeres cuando llegan a la guardia, porque las mujeres nos habían dicho que muchas veces las mandaban de vuelta a la casa. Entonces la pregunta apunta a saber si hay un criterio unificado para efectivamente reconocer que una mujer está ya en trabajo de parto. La médica contesta bastante a la defensiva, diciendo que por definición, con dos centímetros de dilatación la mujer no se encuentra en trabajo de parto. Las mujeres son admitidas cuando tienen más de cinco centímetros de dilatación, amenaza de parto prematuro, bolsa rota, metrorragias (pérdidas, nos aclara) o vómitos. Entonces le preguntamos de dónde salen esos criterios y la respuesta fue las guías de nación. En las guías referidas, no dice nada de eso.

Entramos en la sala de recepción de neo y allí hay unas normas. La diferencia de temperatura es notable, está más caliente. Hay unos dibujitos y un listado titulado “orden de acciones” al lado de las dos mesas para apoyar bebés. Las acciones son las siguientes: 1- Identificación con pulsera, 2- Clampeo y corte de cordón, 3- Baño y secado del recién nacido, 4- Medidas antropométricas, 5- Retirar al acompañante, 6- Aplicación de vitamina K y vacuna de hepatitis B, 7- Sondeo si necesario, 8- Profilaxis ocular, 9- Examen físico, 10- Identificación de huella plantar, 11- Vestir al RN.

Al lado hay unos dibujitos con indicaciones para “Cálculo de la edad gestacional, método de Capurro”. Le señalamos los dibujitos y le preguntamos si hay protocolos de atención de partos de bajo riesgo. Le llama la atención la pregunta. No entiende de qué hablamos o parece no agradecerle la pregunta. Le preguntamos entonces, cómo aprendió las especificidades de su profesión, cómo fue aprendiendo lo que tiene que hacer. Contesta que por la experiencia. Dice que en esta Maternidad son más ordenados que en otras, que respetan los tiempos y los procedimientos en la medida de lo posible (como por ejemplo tienen a las mujeres por dos horas en observación y luego las envían a puerperio, siempre y cuando tengan camas).

En la sala de residentes hay un cartel en la pared, delante del escritorio, que decía “No cortar el cordón antes del primer minuto luego del alumbramiento. Mostrar el sexo y el bebé a la mamá sin excepción” –o algo similar-. Me llama la atención que algo tan básico estuviera escrito en un cartel en la pared, a modo de recordatorio. Hay otras hojitas del mismo estilo, con indicaciones para los/as médicos/as, pegadas en la pared.

finalmente indicar tal cosa. Así se decide la conducta a seguir frente a una infección en la garganta o un cáncer de mama.

Cuando tuve mi internación en el Hospital Italiano de CABA, para todas las decisiones se seguía un protocolo. Recuerdo una mujer furiosa en un mostrador de la guardia gritando "protocolo, protocolo, mucho protocolo, pero nadie atiende a mi papá". Y yo mientras esperaba que me confirmen el diagnóstico de apendicitis. Y siguieron un protocolo, primero me hicieron análisis de sangre que daban indicios ciertos, luego me hicieron una ecografía y recién cuando tuvieron la tomografía computada con contraste me dijeron "señora usted tiene apendicitis y ya mismo la pasamos a quirófano". Chocolate por la noticia pensé yo, que había pasado 15 horas (!!!) esperando que se cumplan los pasos de su protocolo. El dolor, el examen clínico y el laboratorio eran contundentes para el diagnóstico, que además el tiempo puede dar lugar a complicaciones graves, una apendicitis es una cirugía de emergencia.

E: ¿Y el protocolo?

R2: Protocolarmente está definido que los neonatólogos reciben al bebé, lo cambian, lo preparan y una vez que está todo bien, salen y se lo muestran a la familia.

E: ¿Y eso está escrito o lo aprenden en la práctica?

R2: No, por ejemplo, con las cesáreas... las de segundo hacemos las cesáreas y las de tercero también, se trata también si hay tiempo y depende del caso, se sale a hablar con el familiar, se explica el motivo... supónete que es una paciente que entró con trabajo de parto y al final va a cesárea... siempre, al menos el que va a operar, sabe que tiene que ir y hablar con el familiar, explicarle el motivo de la cesárea. Se entra, se opera, y una vez que sale de operar, aparte del de neonatología que sale y da el informe del bebé, el que operó, o sea, nosotros los residentes, salimos y hablamos con la familia, le contamos cómo fue la incisión, cómo fue la cesárea, qué es lo que tiene que hacer de ahora en más, cuántos días se espera que esté internada. Básicamente lo mínimo pero sí, salir y hablar.

E: O sea, está eso como protocolar pero muchas veces...

R1: Sí, está instaurado pero a veces la sobrecarga no lo permite. Exacto.

R2: Si se puede hacer... porque a veces entrás a una cesárea y saliste, y te fuiste a asistir a un parto o te fuiste a hacer otra cesárea. Por ahí está de que salís (chasquea los dedos) y seguís.

E: ¿Está instaurado como criterio para la atención pero no hay un protocolo escrito?

R1: No, no hay. (Grupo focal residentes medicina, HGBA, 2016)

Ya comenté que cuando hablamos con los/as residentes de medicina obstétrica en Santiago del Estero sobre las leyes, hubo unanimidad en el desconocimiento y eso también ocurrió en la MGBA. Como contraparte en ambas maternidades han expresado los/as profesionales, las preocupaciones que se inclinan por preservarse ante el temor a los juicios de mala praxis. La inobservancia de las normas para respetar los derechos de las mujeres, tiene como contracara la preocupación por no quedar expuestos/as ante las leyes por una iatrogenia o daño que pudiera haber sucedido en sus prácticas. Ellos/as dicen que los/as médicos/as obstetras son los/as especialistas a quienes más juicios les hacen⁷⁶.

Otro aspecto relevante en relación a las normas es el uso cotidiano del consentimiento informado. Circula por los servicios en el momento del ingreso o cuando se va a realizar una práctica como por ejemplo una cesárea, tal como veíamos en el relato de la cesárea. El problema es que la aplicación de este instrumento resulta en que no es informado, de modo tal que al no serlo, tampoco es consentimiento. Si no es consentimiento ni es informado, ¿qué sentido tiene este formulario? Por lo general lo hacen firmar y nunca (nunca) se da el tiempo para la lectura o explicación detallada de lo que contiene la letra chica. Se lo considera un trámite y se lo anexa a la historia clínica, el objetivo parece apuntar nuevamente a la protección de los/as profesionales médicos/as ante posibles demandas. Posiblemente el uso y valor que tiene el formulario del

⁷⁶En el año 2009 se llevó adelante un juicio a un médico obstetra de la MSE por su responsabilidad en la muerte de una mujer a quien le hizo una cesárea y le dejaron unos apósitos dentro del cuerpo que al no resolverlo con celeridad luego de varios días, le provocaron la muerte. Fue condenado a cinco años de inhabilitación de su título y una indemnización a los hijos/as. Las denuncias existen y son más frecuentes en el ámbito privado, que la denuncia llegue a juicio es poco probable al menos en Santiago del Estero y menos probable aún que un/a médico/a sea condenado. Este caso es el único que encontramos en los 12 años de sentencias revisados.

consentimiento informado sea una muestra del uso y valor que las normas nacionales tienen para quienes allí trabajan.

Pero también se solicita la firma del consentimiento cuando se quiere incorporar a alguien a una investigación. En los hospitales públicos y en los de Santiago del Estero en particular son territorios donde los grandes laboratorios farmacéuticos eligen hacer sus investigaciones para las pruebas de fármacos. El contexto de pobreza local y gobiernos con normativas flexibles, lo transforman en sitio ideal⁷⁷.

El Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (2013) plantea al respecto:

28. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señaló que el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada. Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria (A/64/272, párr. 18).

29. Tal como reconoció el Relator Especial sobre el derecho a la salud, si bien los ordenamientos jurídicos nacionales consagran el consentimiento informado, este con frecuencia corre peligro en el entorno de la atención de salud. Las desigualdades estructurales, como el desequilibrio en las relaciones de poder entre médicos y pacientes, agravadas por el estigma y la discriminación, hacen que personas de determinados grupos se vean, de forma desproporcionada, en la tesitura de no poder ejercer su derecho al consentimiento informado (ibid., párr. 92).

39. Numerosos informes han documentado una gran variedad de abusos cometidos contra pacientes y personas bajo supervisión médica. Al parecer, proveedores de servicios de salud no dispensan cuidados o realizan tratamientos que infligen dolor o sufrimiento grave sin motivos médicos legítimos. Los cuidados médicos que causan graves sufrimientos sin ningún motivo aparente pueden considerarse crueles, inhumanos o degradantes, y si hay participación estatal y una intención específica, constituyen tortura.

Y en las recomendaciones agrega:

85. e) Preservar el consentimiento libre e informado en condiciones de igualdad para todos y sin excepciones, a través del marco jurídico y los mecanismos judiciales y administrativos, por ejemplo con políticas y prácticas para proteger contra los malos tratos. Deberán revisarse las disposiciones jurídicas que contravengan lo que antecede, como aquellas que permiten la reclusión o el tratamiento obligatorio en entornos de salud mental, en particular mediante tutelas y otros métodos de adopción de decisiones por sustitución. Adoptar políticas y protocolos que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana. Velar por que la

⁷⁷Hemos sabido de varias investigaciones experimentales con el formato de "doble ciego" en Santiago. Una fue una investigación para probar la efectividad del sulfato de magnesio en las mujeres con hipertensión arterial grave durante el embarazo y el parto. En estas pruebas a unas se les aplica el medicamento y a las otras placebo, no hace falta explicar aquí el riesgo que corría aquella mujer a quien no se le administraba el medicamento. Otra investigación de gran alcance en Santiago del Estero y Mendoza fue para probar las vacunas contra el neumococo en niños/as de corta edad. Luego de algunas muertes se inicia una demanda por la que cae el Ministro de salud de la provincia y varios funcionarios. El juicio se realiza en el año 2009. Tuve la oportunidad de ver el formulario de consentimiento que los padres y/o madres debían firmar para ingresar a esta investigación y eran alrededor de 20 páginas con letra minúscula con lenguaje incomprensible.

información en materia de salud esté plenamente disponible y sea aceptable, asequible y de buena calidad y que se imparta y se comprenda mediante medidas de apoyo y protección, como un amplio abanico de servicios y apoyo en las comunidades (A/64/272, párr. 93). Los casos de tratamiento sin consentimiento informado deben ser investigados; deberá proporcionarse reparación a las víctimas de dicho tratamiento.

Este es un punto que merece ser problematizado aunque no lograré profundizarlo en este trabajo. Pero si el consentimiento debiera apuntar a una afirmación de la autonomía, la libre determinación y dignidad de las personas, pareciera que se ha alejado de ese sentido y va acercándose más a una violación de derechos y otra forma de violencia obstétrica.

Capítulo V

Entre violencias sutiles y la crueldad

Este capítulo se adentra un poco más en las dinámicas institucionales, intentando develar algunas claves para comprender la violencia. Las expresiones del poder y sus gestos de confirmación del lugar que ocupa la dominación y los órdenes tanto institucionales como en la relación interpersonal. En el capítulo anterior veíamos como el espacio disciplina y en este veremos cómo el tiempo opera como un gran ordenador. Y en el camino de la comprensión de las violencias expresivas, analizaremos las culpabilizaciones, las miradas y el racismo que subyacen las prácticas cotidianas de los/as agentes. Luego nos adentramos en la crueldad que hace patente en decisiones terapéuticas, pero también en las negligencias que tienen consecuencias irreparables.

Finalmente el último apartado se traslada al mundo virtual, con un acercamiento a las experiencias de mujeres atendidas en servicios privados, y que tenían la decisión de tener un parto normal y con diferentes excusas fueron llevadas a quirófano.

V.1. El interrogatorio

Mientras estábamos conversando con una joven que estaba internada en la sala de puérperas de la MGBA, interrumpe una mujer con delantal para hacer unas preguntas. No se presenta, no se sabe si es médica, enfermera, obstétrica o administrativa y espeta:

Profesional: te hago unas preguntitas. ¿Vos sos González?

Verónica González: Sí.

P: ¿Le estás dando sólo teta al bebé?

VG: Sí.

P: Decime dónde vivís, ¿acá en Cartujar?

VG: Sí, 755.

P: ¿Que es? ¿Villa Santa Ana?

VG: Sí.

P: ¿Es algún barrio?

VG: Los alerces.

P: ¿Entre qué calle y qué calle vivís?

VG: Orieta y Mendoza.

P: ¿Dónde te controlaste? ¿En una salita de Mendiolaza?

VG: En la salita y acá en la última parte.

P: ¿Cómo se llama la salita? ¿Es la que tenés cerca de tu casa?

VG: Sí, CITIO, Centro Integrador... no recuerdo.

P: ¿Te cuidabas con algo para no quedar embarazada?
 VG: No.
 P: ¿Te cuidaste alguna vez con algo?
 VG: Sí, me estaba cuidando con pastillas.
 P: ¿Y qué pasó?
 VG: Las dejé de tomar.
 P: ¿Te cuidaste alguna vez con algún otro método? ¿Con preservativo?
 VG: Sí, mi marido usaba preservativo.
 P: Y además de las pastillas y preservativos ¿conocés algún otro método?
 VG: No probé ningún otro.
 P: ¿Siempre te funcionaron las pastillas y el preservativo?
 VG: Sí, hasta después de mi último embarazo sí.
 P: Te da miedo usar algún método? ¿hay alguno que no usarías?
 VG: No.
 P: Listo. Esas preguntitas quería hacerte. Gracias (Entrevista a Verónica, MGBA. 2014).

La mujer habla rápido y se apura a hacerle las preguntas. Verónica sin embargo está tranquila. Es habitual que a las mujeres se las someta a interrogatorios de este tipo a lo largo de su internación. El término interrogatorio que se utiliza corrientemente entre los agentes de salud, remite al uso judicial o policial del mismo y marca una distancia de poder entre quien hace las preguntas y quién las responde. Y estos roles son fijos, y están validados por su posición como agentes del Estado. La interrupción en el diálogo detallado más arriba, da cuenta de una falta de sentido común y respeto porque las preguntas apuntan a su vida sexual y de pareja o a sus temores frente a un método anticonceptivo, y no se considera la posibilidad de que la mujer no desee ventilar públicamente sus experiencias. No se reconoce un espacio de diálogo o entrevista, la tarea consiste en extraer la información necesaria para llenar la historia clínica o en el mejor de los casos tomar decisiones terapéuticas. Se respira además algo que no es muy explícito pero se percibe en este diálogo o tantos otros que escuchamos. Se parte del supuesto de que el embarazo no ha sido buscado o planificado. Ella dice que no estaba tomando anticonceptivos y que antes sí los tomaba. Y le pregunta "¿y qué paso?", como si el dejar de tomarlos fuera un error. La señora con sentido común le contesta "las dejé de tomar". Obvio, acababa de tener un hijo.

En la *historia clínica ambulatoria del adulto* que aplica el Ministerio de Salud de Santiago del Estero y que se utiliza en todos los centros de salud de la provincia se le pregunta a las mujeres (a los varones no) la edad de su primera relación sexual y el número de parejas sexuales que ha tenido.

Al respecto conversando con los/as médicos/as residentes de obstetricia en la MSE:

R1: para mí que te inhibe ciertas preguntas, porque uno le pregunta: "cuándo ha iniciado sus relaciones sexuales", "con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales".

R2: yo creo que no se trata solamente del nivel cultural, que hay de todo en todos los... Hay pacientes que las ves que las notas muy humildes, y sin embargo contesta sin ningún problema cualquier tipo de pregunta que uno le pueda llegar a hacer. Hay otras pacientes, que no parecen tan humildes, y no. No creo que se trate de estrato social. Pero se trata de la carga que tenga la paciente en ese momento y por el motivo por el cual consulte..

E: ¿les parece que esa pregunta es violenta? ¿La del número de parejas sexuales?
¿Cuál es el objetivo de la pregunta?

R1: a mí no me gusta

R3 (varón): para mí es factor de riesgo

R2: para mí es factor de riesgo para un montón de enfermedades

R4: no tiene por qué ser agresiva, supuestamente...

R2: enfermedades de transmisión sexual, cáncer ginecológico, o sea muchas cosas, se utilizan para estudios, estudios prospectivos. Pero sí tienen trascendencia en lo que sea porque también indica muchas veces si la paciente está embarazada, se va hacer o no se hacer control. Hay pacientes que vienen y dicen: -he tenido relaciones sexuales con 100, más de 100 de la zona, yo ejercí la prostitución. Y obviamente esa persona después venía con HIV. Los factores de riesgo nos permite determinar muchas cosas y también evaluar consecuencias a largo plazo. No es por puro metido que uno pregunta.

R4: Para nosotros sí es un dato importante para empezar el examen. Inclusive -yo creo que todos aquí- cuando hacemos esa pregunta del número de pareja sexuales, en general ni las miramos a la cara porque es una forma -o por lo menos la mayoría- es una forma de... rápido pasamos a otra pregunta como para que tampoco se sienta ella invadida.

R2: yo creo que no es intimidatorio porque no estamos mirándola a la cara "decime a ver ¿con cuántos has estado?". Si no: "a ver, ¿te acuerdas con cuántos? 1, 2, 5, más de 10" es decir, tratar de hacerla lo más natural posible para que ella lo cuente lo más natural. Si alguna empieza a enumerar: "no bueno, no hay problema, decime el número nada más o aproximado"

R3: o se ríen y dicen: - cuatro. Y entonces nosotros lo anotamos -creo que todos notamos lo mismo. Naturalmente: "¿cuántos chicos tenés? " pasamos así a la otra pregunta como... Claro no valorando lo que estamos trabajando, tratando de hacer más sensible, más espontáneo y tratando de no intimidar porque hay preguntas que sí, a veces son medio feas de responder. También depende de cuánta gente hay a la vuelta. (...) en cantidad de preguntas y le explicas: "no te hagas problema esta pregunta le hacemos a todo el mundo y tiene su razón de ser, vos decime más o menos". Es como que la paciente se ríe y nos dice: "5, 10, 20, no hay problema, se lo anota (...)

R1: porque si bien, no depende de nosotros, el consultorio que tenemos es otra forma de violencia, es de 2 x 2, tiene dos camillas, a veces tres pacientes adentro con otros tres médicos y haciéndoles las historias clínicas a las pacientes y preguntándoles esas cosas (Grupo Focal con residentes de medicina, MSE. 2007)

Las justificaciones médicas para hacer esta pregunta a las mujeres y no a los varones no parecen dejar claro los motivos de la diferencia de trato a no ser el sexismo presente también en la medicina. Es una violación a los derechos personalísimos y a la intimidad. Ante la pregunta a los/as profesionales que deben completar ese formulario, simplemente hacen la pregunta o en algunos casos, la evitan por respeto a la privacidad, dejando en blanco el casillero. El supuesto es que el comportamiento sexual de las mujeres es un riesgo para su propia salud, la de sus parejas o hijos/as. Pero también contiene un presupuesto moralizador de la conducta sexual particularmente de las mujeres, porque a los varones no se les hace esa indagación.

Dice Bourdieu (2002:545) refiriéndose al interrogatorio: "Si la violencia simbólica inherente a la asimetría entre interlocutores muy desigualmente provistos de capital económico y sobre todo cultural, puede ejercerse con una ausencia tan perfecta de discreción, es porque los agentes

encargados de llevar adelante el interrogatorio se sienten con mandato y autorización del Estado, poseedor del monopolio de la violencia simbólica legítima y porque pese a todo, se los conoce y reconoce como tales".

V.2. El tiempo, los tiempos

Tuve la oportunidad hace unos pocos años de viajar al oeste formoseño, muy cerca del límite con Salta y compartir allá unos días en una comunidad wichí. Si el tiempo pudiera ubicarse en el espacio, para el pueblo wichi el pasado está delante porque es lo que podemos ver. El futuro incierto está a nuestras espaldas. Nos comentaron que la lengua wichí tiene seis verbos o modos diferentes para referirse al pasado. Un pasado remoto, un pasado más reciente, y un pasado inmediato. Hablo de un pasado del que yo fui testigo, o hablo porque me lo contaron. Realmente el tema del tiempo es interesante, y todo lo que queda definido a partir de cómo operan las percepciones del mismo.

Almudena Hernando (2000, 2002, 2012) arqueóloga española propone una relación entre el uso del tiempo y el espacio y la construcción/ percepción de las identidades de género. Las identidades de varones y mujeres se han ido diferenciando a lo largo de la historia presentando un proceso de individualización las identidades masculinas y de fortalecimiento de identidades relacionales por parte de las femeninas. A partir de la modernidad este proceso se agudiza con el distanciamiento de los espacios de vida cotidiana y trabajo. El énfasis en lo racional/ individual forma parte de lo masculino y lo emocional/ relacional de lo femenino. La individualidad se asocia a un sentido lineal del tiempo, mientras que la identidad relacional lo hace con una percepción recurrente. Cuanto más individualizada está una persona, más construye su identidad a través de los cambios y en consecuencia, más visibilidad tiene el tiempo como parámetro organizador de su experiencia. Sin embargo, cuando menos individualizada está, más busca la recurrencia y rechaza los cambios, lo que hace que tenga una percepción muy cíclica de sus actividades, y por tanto, del tiempo en el que vive. Esto se asocia a que los más individualizados, que tienen un sentido más lineal del tiempo, al buscar más los cambios, tienen más sensación de potencia, de poder realizar los proyectos que imaginen, mientras que los menos individualizados (entre los que siempre se han encontrado las mujeres) tienen mucha más dificultad para imaginarse "siendo" distintos de lo que son, y por tanto, tienen más dificultades para escapar de una relación de dominación (Conversación con Hernando, 2015).

Pierre Bourdieu (2000) también plantea que el orden social se apoya en la división sexual del trabajo, en la estructura del espacio y en la estructura del tiempo y que opera como una inmensa

máquina simbólica. De esta manera podemos estimar como juegan las relaciones de poder y dominación en el uso de los espacios y los tiempos y los modos en que también operan genéricamente.

Las reglas respecto al uso de los espacios se vivencia por las mujeres y sus familias como una expresión de la violencia. Ya se describió cómo el ingreso y el egreso al servicio es restringido, con una guardia de seguridad que regula los movimientos. Cuando la mujer llega al servicio queda sola y no siempre se le permite estar acompañada por un familiar. Una vez que ingresa no tiene libertad para irse.

El disciplinamiento a través del uso del tiempo, es una estrategia de dominación que encuentra sus correlatos en muchas instituciones y situaciones. Quien detenta el poder, puede hacer esperar, quien se encuentra subordinado, debe tener la paciencia de la espera. Las largas esperas acompañadas de la soledad y el miedo, generan angustia y sensación de desolación y no se producen necesariamente por la escasez de personal o por sobrecarga de la demanda. Las mujeres para acceder a una consulta médica, llegan al Hospital a la madrugada para sacar turno, aguardan 4 horas hasta que las atiendan, y luego las reciben en una consulta que no se extiende más que unos pocos minutos. Y si no llega temprano, se queda sin atención y quizás viene del interior. El hecho que la demanda no pueda ser satisfecha, no es por escasez de personal, sino porque los/las médicos/as de planta dedican al hospital un tiempo escaso y marcan un límite de turnos para atender, porque deben salir a trabajar en el sector privado. Usan a lo público y cuidan lo privado.

Durante el embarazo se les pide a las mujeres, que se hagan estudios complementarios, y para hacer un análisis clínico le entregan un turno con un mes de anticipación y si llegan cinco minutos tarde ya no les quieren sacar la muestra de sangre. Por ejemplo para hacerse un Papanicolau, los turnos se entregan con tres meses de anticipación y luego demoran 20 días para entregar el resultado.

Y para el caso de las mujeres que llegan con aborto en curso, las esperas son parte del castigo aplicado, la sanción.

- ... que las mujeres esperen media hora al anestesista con las piernas abiertas por ejemplo, eso es violencia (Grupo focal residentes obstetricia, 2007 MSE)

- Si que por ahí es algo que lo provocamos nosotros mismos no personalmente sino institucionalmente. Las mujeres que entran al hospital y llegan aquí, que esperan en la puerta, que no tienen un lugar donde estar y que tienen que esperar y siempre hay demoras para que las atiendan y los residentes no dan más y el jefe de guardia que se levantan a las 5 de la mañana para atenderlas y la paciente sigue esperando y van y no tienen un baño donde estar y vienen aquí y las enfermeras están tomando mate y nadie les hace caso en fin... (Grupo focal residentes medicina, 2007 MSE)

Hay en este aspecto una visualización por parte de los/las profesionales, de que las esperas en contexto de sufrimiento, son violencia.

Siguiendo con el análisis del tiempo como dimensión del ejercicio de la violencia, en el proceso del parto, los ritmos no siempre son respetados y las mujeres son sometidas a intervenciones, que medicalizan el nacimiento para apurarlo y así evitar las esperas del personal. Esto es más evidente en el sector privado, en donde los/las profesionales no dudan en hacer una cirugía cesárea, para que se produzca el nacimiento de manera rápida y así les permite organizar sus tiempos⁷⁸. Además del beneficio económico que guía la decisión. En ocasiones son las mismas mujeres que por impaciencia o miedo al dolor piden que *se haga el parto* o que las operen para *sacar el bebé*.

- Y bueno hasta que me han atendido eran doce y media (de la noche), una menos cuarto, y bueno, ahí hasta que me han hecho los papeles eran la una. Yo no tenía contracciones todavía, he llegado con siete y medio de dilatación sin dolores, y bueno, después la partera me ha puesto suero y me ha apurado... y bueno después que me han puesto el suero, he empezado a tener fuertes dolores.
- La partera te ha explicado para qué te ponía el suero?
- Sí! Para que dilate más rápido, y bueno eran como las dos cuando me han llevado a la sala de parto y ahí he estado para que nazca el bebé. (Roxi, MSE, 2009)

No todos los tiempos, tienen la misma valoración. El ritmo que el tiempo tiene, depende de la percepción subjetiva de las personas y de acuerdo a cada situación. Para cada uno/a tiene una duración diferente. Por ejemplo, la espera cuando está en juego la resolución de una hemorragia, como es el caso de las mujeres en proceso de aborto, la ansiedad las acompaña porque temen por su vida. Para una mujer con dolor, la espera puede subjetivamente percibirse como eterna. Las esperas no son todas iguales, y es entonces donde se observa que el manejo del tiempo, refuerza el ejercicio de la violencia (Vacani⁷⁹, 2008).

Otro aspecto a destacar, en relación a la falta de consideración del tiempo de la familia, está en el hecho de que la hora para informar sobre el estado de la mujer internada (MSE) es entre las 10.30 y las 11 de la mañana y el horario de visita es entre las 14 y las 16 hs, mediando entre una y otra, tres horas muertas en la puerta del servicio. Fuera de ese horario, no pueden pasar. Pero si una señora tuvo familia a las 16 hs, hasta el día siguiente, casi 24 horas después, la familia no la puede ver, ni conocer el bebé.

Paradójicamente la medicina ha matado la espera. Ya no se aguarda la evolución de un síntoma, que inmediatamente se busca que desaparezca con una píldora, y en el trabajo de parto hace falta tiempo y es un tiempo con dolor. Digo paradójicamente porque de la misma manera que nos educan para no esperar, nos hacen esperar largas horas para ser atendidos. Las salas de espera están repletas de personas tanto en los servicios públicos como privados.

⁷⁸ En este mismo capítulo, en el apartado V.9. me referiré al tiempo con las mujeres que terminan su embarazo en una cesárea.

⁷⁹ Pablo Vacani analiza el caso de los tiempos de espera diferentes entre los detenidos que aguardan la realización del juicio y los tiempos de quienes ya han sido condenados.

V.3. La culpa

“La culpa es la mejor arma de tortura contra las mujeres”

Elena Poniatowska

Las mujeres educadas para agradar y para seducir sienten el peso de la mirada puesta sobre ellas. Antes de salir de su casa deciden cómo vestirse, arreglarse, por dónde caminar y con quién. Michel Foucault (2008) plantea que la mirada vigilante está interiorizada en cada individuo y su efecto es el autocontrol. Bajo estos condicionamientos no siempre es necesario utilizar la fuerza para la imposición de reglas. Sienten el peso del mandato de tener que tener un buen desempeño en el parto y esa mirada inquisitoria presiona aún más sobre su sentido de la responsabilidad. De ellas depende el éxito del parto. En esta dinámica de control se espera que ellas sean obedientes, se porten bien y sean buenas madres. Farge (1991:84) plantea que la mujer "Parece aplastada por preceptos que, en todo momento, procuran ponerla en óptimo acuerdo con el cosmos para el éxito de su obra y ella se ve enfrentada al miedo lacerante de no alcanzarlo". Entonces como nuestro propio cuerpo compromete la salud de otro/a, hay un límite que es muy débil entre la responsabilidad y la culpa.

La culpa para las mujeres tiene un origen arcaico con un trasfondo religioso y en los relatos de los mitos de origen de diferentes pueblos hay una figura femenina que carga sobre sí la responsabilidad de las desgracias de la humanidad. Esto es así en el relato del Génesis bíblico, de Adán y Eva, que culmina con la maldición divina de que las mujeres pariremos con dolor y estaremos sometidas al varón. Pero también en el relato de Pandora en la mitología griega, que dada su irresistible curiosidad abre la caja que Zeus le pide que custodie y de allí salen todas las desgracias. Y en el mundo Mexicano, Malinche es responsabilizada simbólicamente del éxito de la conquista española por hacer de traductora para los españoles y tener un hijo con Hernán Cortés. Los episodios fundacionales de la historia humana, omnipresentes en las historias míticas de los pueblos, son prueba de "la prioridad de la sujeción de género como molde primordial de todas las otras formas de dominación, aunque plenamente histórico justamente porque aparece narrado en la forma compacta del relato del pasado que son las mitologías" (Segato, 2016:93).

Y de alguna manera la permanente culpabilización a las mujeres en diferentes ámbitos de la vida social se sostiene y reproduce como una maldición de origen, pero también es complemento necesario para la subalternización de género, porque es un poderoso factor de ordenamiento social. Y esas imágenes femeninas que transitan entre la de Eva la transgresora, la culpable, que es además deseo y erotismo y la de María que simboliza la pura obediencia, subordinación y sexualmente virgen. Y esta moral trabaja sobre la idea del vínculo entre la culpa y el pecado.

En el sentimiento de culpa de alguna manera hay una internalización por parte de las mujeres del discurso del/a agresor/a que se suma a la vergüenza de fallar al mandato que pesa sobre ellas. De alguna manera ellas sienten que el maltrato es merecido (Herrera, 2010).

En este mismo sentido uno de los mecanismos que aplica el agresor para impedir que una víctima reaccione, es desarticular su sentido crítico hasta no reconocer quién tiene razón y quien no. Sus pedidos y argumentos comienzan a quedar debilitados. Sometida a una situación de stress se la reta, se la descalifica, se evita la comunicación directa. Si reclama, si se enoja, si grita, se la acusa de haber perdido el control y se la trata de desequilibrada o loca. La consecuencia lógica es que ella pierde la confianza en sí misma (Hirigoyen, 2014). En el mecanismo de culpabilizar hay una inversión. Quien culpabiliza, se libera de la propia responsabilidad y la traslada. La persona violenta no siente culpa, no hay registro de un sentimiento de culpa.

R - Cuando vuelvo del baño, la aguja se había salido, entonces me ha gritado Si te vuelves a sacar la aguja yo no te pongo más el suero, entonces me ha agarrado el brazo fuerte –me hacía doler- y me ha metido fuerte la aguja. Otra enfermera que estaba ahí le decía Más despacio, más despacio...a ella le ha salido el suero en el baño. Yo he visto.

E - ¿Vos le decías algo?

R - No... después tenía el brazo hinchado y morado... me dolía... como cuatro días he andado con el brazo así (Romina. MSE, 2009).

El relato de Zulema merece especial atención. Su bebé ha nacido muerto y al salir con el alta comienza con una hemorragia y asiste a la consulta al hospital. Las hemorragias puerperales son causadas en la gran mayoría de los casos, por haber quedado restos placentarios adheridos a la pared del útero. En el momento del parto una de las responsabilidades de la persona que atiende, es verificar que la placenta ha salido completa y de esta manera evitar las complicaciones posteriores. Aquí, el médico que atiende a Zulema, la culpa de haber mantenido relaciones sexuales y que por esta razón se produjo la hemorragia (!!). Esta causa no figura en la literatura especializada en el tema. Las hemorragias puerperales, son generalmente producto de una iatrogenia.

Z - Claro, tenía restos, restos de placenta. Porque el médico le decía a la enfermera, - porque la chica ya me conocía- A la señora se le ha muerto el bebé. Y bueno y él me preguntaba Qué i andao haciendo, No, no i andao haciendo nada, no, ¿Has tenido relaciones sexuales? No, ¿cómo!? le digo No me puedo reponer, ¿Cómo se cree que voy a tener relaciones? Ah no, porque algunas hacen así, dice, No le estoy diciendo que no, ya me estaba enojando, porque no me podía reponer de lo que se me lo había perdido el bebé, y aparte yo sé que tengo los puntos esos, mire si me vua poner... entonces, le dice la chica Esa es la señora que se le ha muerto el bebé y que ha tenido problemas. Yo le digo, Yo pienso que se me han soltao... No, me dice Los puntos están bien. A una chica le han dejao restos de placenta, aunque a ella ya se le sentía olor, se le sentía olor a la chica... (Zulema. MSE, 2008).

¿Cuál es la lógica de este profesional que busca descargar su responsabilidad, culpándola a Zulema, hasta incursionar en su vida sexual? Escapa a los conocimientos médicos y al sentido

común, sin dejar de considerar un trato respetuoso. El liberarse de la propia responsabilidad, utilizando el recurso de la culpabilización de las víctimas, es una estrategia recurrente en las relaciones de violencia. Y en ocasiones esta culpabilización encuentra en las mujeres, la tendencia a asumir las culpas. La culpabilización estigmatiza y genera un sentimiento de que son sometidas a un juicio social.

¿Por qué la vida sexual de las mujeres es trasladada al campo de la medicina? Este no es el único caso en donde se hacen alusiones a la vida sexual de las mujeres. En este relato, Alicia fue testiga del trato recibido por una niña de 14 años.

...había en la cama de al lado, una chica de 14 años que repetía ¡Ay mamita, ay mamita!, por los dolores que tenía... y las enfermeras que son atrevidas, una le decía: Sí, seguro que cuando has estado haciendo, decías ¡Ay papito, ay papito! (Alicia. MSE, 2008).

Mal, muy mal. Me retaban, la doctora esa que me ha atendido me retaba, me decía cosas muy feas, me decía Te has acostado, te ha gustado... ahora aguántate. Yo sentía mucha vergüenza. Hablaba muchas malas palabras y me retaba. Me acusaba que me había hecho algo para perder el embarazo. Pero no, yo lo quería a mi bebé (Silvia. MSE, 2008).

La vida sexual de las mujeres, se convierte en un asunto público, es motivo de culpabilización, tienen “culpa” de haber mantenido relaciones sexuales, embarazarse y estar allí en situación de parto. Para el caso de la niña de 14 años, se agrega la imposibilidad por parte de los/las agentes del servicio, de considerar que el embarazo pueda ser en realidad fruto de un abuso.

La expresión máxima de la culpabilización es exponerlas a amenazas sobre la posibilidad de muerte del/a bebé/a o de ella, que son recurrentes. En este acto se conjuga no solamente la idea de la culpa sino que también hay un gesto de perversidad, que deja a las mujeres con angustia, miedo y culpa.

Y se ponía a charlar con otra amiga que ha venido, y yo estaba en la camilla sin poder levantarme, porque tenía así la panza y no podía levantarme y ella no me ayudaba en nada. Se hacía la mala, me gritaba. Me decía que el chico podía nacer muerto, le faltaban horas, y que iba a nacer muerta la criatura (Marta. MSE, 2008).

Liliana estaba entrando al quirófano, luego de 48 horas de trabajo de parto y le dicen No te ilusiones, porque seguramente tu bebé está muerto (cuaderno de campo, 2007).

Esta reiteración en las amenazas y la culpabilización que encontramos en los relatos, evidencian la búsqueda del personal de desplazar la responsabilidad médica hacia las mujeres, deslindándose así de posibles complicaciones del parto o del legrado (Canevari, 2011).

V.4. La mirada

Como ya dijimos el cuerpo de las mujeres institucionalizadas se encuentra en el lugar de objeto. Y la mirada juega aquí un papel fundamental que se asienta como otra manera de despojo.

"El plantear que la mujer se sienta mirada durante la consulta no es capricho, pues es evidente que los órganos sexuales femeninos están ocultos a la mirada y para poder observarlos se necesita de equipos sofisticados y de palpaciones que incluyen la penetración en su cuerpo..."(Urrego, 2007:72). Eliana Urrego comenta las dificultades que tenemos las mujeres para asistir a la consulta ginecológica justamente por esta exposición a la mirada.

El cuerpo está expuesto y los genitales femeninos solo pueden ser vistos por otros/as o por las propias mujeres con el uso de un espejo (que no se usa en un proceso de atención). Esta mirada se fija en la desnudez y en el sexo, que habitualmente permanece siempre cubierto. Cuando el/la profesional hace una exploración genital, ella queda entregada a su mirada, y las miradas del/a operador/a y de la mujer difícilmente se crucen. Ella sabe que la están mirando, pero no sabe qué ven. Esta situación la ubica como objeto y fortalece las posiciones de poder- saber/ subordinación. La reacción subjetiva de quien es mirada se expresa en tres manifestaciones afectivas: vergüenza, orgullo y miedo (Urrego, 2007).

"El sentimiento de la vergüenza se encuentra estrechamente relacionado con el sentirse mirado, por el sentirse descubierto por el otro o juzgado por el otro. Esta manifestación afectiva también toca con el pudor, el cual aparece en aquellas situaciones en las cuales mi intimidad puede quedar revelada al otro, tal como sucede en el caso de la mirada. (...) Así, la vergüenza podría entenderse como un sentimiento que se manifiesta frente a algo que se revela, algo que debería estar oculto y se saca a la luz. El pudor, por su parte, se relaciona con una fuerza que lleva a proteger la intimidad, lo que no se puede mostrar al otro. Cuando el pudor no consigue esto por cualquier razón, aparece la vergüenza. En lo que hasta aquí se ha referido, al hablar de la vergüenza y del pudor se toca con lo oculto, con lo que no se puede enseñar" (Urrego, 2007:79-80).

Y no es lo mismo cuando esa mirada es de un varón o de una mujer, la mirada masculina sobre los órganos sexuales tiene una carga de connotación erótica.

En ese momento esa mirada es crucial para el desarrollo de los momentos que le siguen, por eso son instantes de ansiedad y angustia en lo que esa mirada escrutadora puede devolver un diagnóstico. Claro que la mirada también puede estar mediada por la tecnología, un estetoscopio (significa mirar aunque no mire), un monitor, un ecógrafo, o por una mano con la palpación, o con los dedos para el tacto vaginal. Pero la interpretación del lenguaje tecnológico queda en manos expertas.

En las observaciones de los partos, encontramos que las miradas muy difícilmente se dirijan a la mujer, el personal que asiste no se hace contacto visual con ella.

Aunque hay miradas y miradas. Hay formas de mirar que pueden ser intimidatorias, moralizadoras, juzgadoras. Pero también puede ser una mirada de complicidad, cooperación, aliento, cariño. Michel Odent (2009) plantea que la excesiva mirada en el trabajo de parto resulta intimidatoria y que hay que liberar a las mujeres de ella, es mejor que no se sientan observadas durante el parto para evitar la presión y permitir que liberen su espontaneidad. Pareciera que la mirada que perturba es aquella que juzga.

V.5. Racismo y sexismo en las prácticas médicas

El problema de la inseguridad está presente en la vida hospitalaria de diferentes maneras. En el GBA hay una visible preocupación de las personas que allí trabajan sobre los peligros para llegar y salir del hospital sobre todo cuando es de noche, porque en los alrededores hay barrios marginales. También esa inseguridad cruza las puertas del hospital y los/as profesionales se sienten amenazados/as sobre todo por los familiares de las mujeres, que les dicen "ojo si le pasa algo al bebé" o reclaman atención inmediata sobre todo cuando llegan luego de haber *rebotado* y transitado por otros centros de salud. Han habido incidentes con armas blancas -en ambos hospitales- y eso queda en la memoria como una posibilidad.

Acá hace falta un muro bien alto porque ellos acá roban y se meten a tu casa...
(Alicia enfermera HGBA, 2014)

Salgo un día, que mi hermana trabajaba en adulto y agarro a la noche y me hizo que la acompañara ella salía a las 10 de la noche acá si no salís con la manada estás en el horno... ayer me quedé por el tema de la ropa salí a las 11 y pico pero salí así... rezando, yo salgo rezando. Ese día había un palo borracho enorme y había una parejita por allá y siempre alguno me pide monedas para viajar los chicos los tienen trapitos algunos que están fumando un porro y uno me pide un tipo 25- 26 años ¿me da una moneda señora, para viajar? Abro la cartera hace unos años, era uno de esos primeros celulares que tenían luz azul que en ese momento era moderno ahora no...y cuando abro la cartera se ve la luz y me dice pásame el celular que tengo un fierro, un fierro y ... ¡la que te le digo yo! ¡me venís a manguear monedas te voy a romper la cara que te!...si tenía un fierro me mataba. Pero uno es impredecible como va a reaccionar. (Margarita, enfermera HGBA, 2014)

Las mujeres y sus familias se presentan como una amenaza. Se ha generado una desconfianza que está basada en las diferencias de clase.

Los profesionales piensan: quizás estoy atendiendo a la hermana de quien entró anoche a robar a mi casa, o a la hija de quien mató a mi vecino (cuaderno de campo, diálogo con Luisa Vivanco, sicóloga. 2006)

Las brechas de clase, interponen dificultades para el diálogo y surgen resentimientos por la inseguridad. Las casas se cierran con llave, se ponen rejas, se toman precauciones al entrar al auto, se mira con desconfianza al que limpia el vidrio en un semáforo o pide ayuda.

Esta misma sensación se traslada a las personas que se atienden en el hospital y hay un desprecio que cobra expresiones preocupantes. Relato un incidente que ocurre en una reunión del equipo de profesionales de una guardia, en la que una mujer tuvo un parto complicado y el niño había padecido sufrimiento fetal de modo que se sospechaba que podría quedar con un daño cerebral:

Un médico le dice a la obstétrica ¿Qué te haces tanto problema por ese bebé, si éste el día de mañana va a violar a tu hija? (cuaderno de campo, MSE, 2010).

Las personas que acuden al hospital son en su gran mayoría pobres y han accedido a una baja escolarización.

...si vos ahora ves 10 historias, 8 dicen primario incompleto (médica residente).

R1 - Hay una mujer que me ha puesto en su carné, los datos de su embarazo anterior del 2004. Le tachó todos los cuatro y le puso 6 porque era más o menos la misma fecha. Cuando yo le digo ¿Cuántos hijos tenes? 4 pero aquí dice 3 y cuando me pongo a ver era todo el anterior en este no se había hecho controlar, de 4 cesáreas y ella se mataba de risa, No te rías, porque te estás riendo de lo que te puede pasar, se pueden morir vos y tu hijo

E - ¿Por qué creen que no se controlan?

R2 - Por comodidad

R1 - Esa es la excusa de las pacientes, no tienen tiempo. Pasó con una paciente que llegó con su hijo muerto porque no tiene tiempo de hacerse controlar, porque ella con su marido van a trabajar y sus 3 hijos. A mí la primera respuesta que doy, primero contenerla un poco porque la paciente se siente culpable, preocupada porque con un buen control se podía haber detectado algo, pero decirle Si vos no puedes no tengas más, cuidate que es gratis, el hospital te lo da gratis. Sí sí sé, pero tampoco tiene tiempo de venir a sacar un anticonceptivo. Ese es el justificativo, no tienen tiempo ... (Grupo focal residentes medicina, MSE, 2007).

La afirmación recurrente de que las mujeres se embarazan por un plan ha impregnado de modo transversal gran parte del período de la investigación. En una conversación con dos enfermeras en el HGBA se expresaron abiertamente en contra de esta política y haciendo notar una posición opuesta a la entonces presidenta Cristina Fernández. En unas jornadas de obstetricia en la Universidad Nacional de Santiago del Estero, con unas 300 personas presentes en su mayoría estudiantes, se produjo un debate al respecto y con expresiones de encono hacia las mujeres pobres que dan cuenta de un racismo irracional. Y más irracional considerando que el origen de los/as estudiantes de la UNSE son de familias socialmente humildes, que no parecieran estar tan lejos -desde una perspectiva de clase- de esas mujeres estigmatizadas. Se expresa una incomprensión del fenómeno de la pobreza y se tiende a culpabilizar al propio pobre como responsable de su condición. Los medios hegemónicos han jugado un papel importante en la

construcción de este imaginario, sobre todo en los últimos años del período kirchnerista y han trabajado de modo insistente para generar sentimientos de bronca, porque alimentamos vagos, choriplaneros, con insustentables afirmaciones que lograron sin duda provocar las emociones (irracionales) buscadas.

"Nosotras con nuestro trabajo, con nuestro sueldo le pagamos el plan para que estos vagos luego nos roben" (Alicia enfermera HGBA, 2014).

En Santiago del Estero el número de nacimientos en la maternidad de la capital ha tenido un crecimiento posiblemente vinculado por un lado a la expansión demográfica de la ciudad y por otro por las políticas de concentración de los nacimientos en las grandes maternidades mencionadas anteriormente⁸⁰. De modo que no se podría afirmar que las mujeres "se embarazan por un plan" al menos con un elemental análisis estadístico. Los medios de comunicación producen efectos sorprendentes y logran instalar ideas impensadas pero sobre todo emociones que por lo general son de enojo. La repetición de la mentira hasta el hartazgo, se transforma en una verdad posible.

El racismo institucionalizado tiene su origen colonial tal como veíamos en la primera parte. Nuestros estados y sus funcionarios/as a partir de esa historia colonial, y la identificación con las estructuras institucionales de origen europeo, mantienen una relación distante con lo administrado, gentes y territorios (Segato, 2016).

V.6. Después del parto

Una de las expresiones de la violencia que también está invisibilizada es los cuidados luego del parto. Como ya vimos el trabajo de parto y parto vienen acompañados de mucho stress que concluye en el momento del nacimiento. Ya analicé cómo los espacios institucionales suelen hacer referencia a esto, con una gran cantidad de personal y atención en las salas de embarazadas y una gran desatención en la sala de púerperas (Canevari, 2011). Las mujeres están solas y precisan contención y muchas veces ayuda para atender el/la niño/a, pero el acompañamiento es restringido y el único personal que permanece es el de enfermería en una cantidad mínima. Allí también surgen las solidaridades entre las mujeres que se cuidan, se acompañan, se aconsejan. Y las mujeres en un porcentaje importante firman el alta voluntaria porque ya no quieren estar allí, porque el/la médico/a no viene a firmarla para ella o para la criatura. Entonces en un gesto de autonomía y rebeldía del último momento, firman y se van.

⁸⁰El número de nacimientos promedio entre 1999 y 2008 era de 5800 partos en la MSE (Canevari, 2011) y hay una tendencia creciente que pasó aproximadamente a 6800 en el 2016 (Entrevista DT, MSE 2017).

Pero otro aspecto significativo que también es reflejo de cómo la atención se centra en el/la recién nacido/a es la importancia que se le presta a la lactancia materna. Hay mucha cartelería, cartillas y consejos. Se las visita y recomienda posturas, tiempos, resolución de los problemas del pezón. La misma Ley N°25.929 hace hincapié en la lactancia.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) tiene un programa desde hace años que declara a una maternidad "Amigo de la Madre y el niño" otorgando así cierto prestigio a la misma. En Santiago del Estero, la maternidad del Hospital Regional por ejemplo no tiene esta distinción, pero sí la Maternidad de La Banda. Pero para que una institución sea "Amiga" el único requisito es que fomente la lactancia.

Aquí el relato de una de ellas que refiere día a día las imposiciones recibidas en un servicio privado.

21 hs. Ya pasaron las dos horas (del parto). No hay novedades de Muriel. Demián va a Neo a preguntar. Le dicen que hay que esperar. Van entrando a verme de a uno, mis papás y hermanas.

23:50 hs. Se abre la puerta de la habitación. Entra una nurse con Muriel en una cunita. Me largo a llorar. La emoción me embargaba, me caían las lágrimas de amor. Quería abrazarla y besarla, decirle "hola, soy mamá, te estuve esperando ansiosa". Pero no. La nurse no me dejó, de mala manera me dijo que tenía que darle la teta (como si yo me hubiese negado a hacerlo). Me puso a la beba debajo del brazo (yo estaba anestesiada y apenas los podía mover) y de forma socarrona y levantando el tono de voz me dijo: *"Mamá, tenés que darle la teta, la nena se tiene que prender, los besos para después"*. Estaba mi mamá de testigo. En ese momento me sentí vulnerada, sentí que no tenía derecho a conocernos y entablar un vínculo naturalmente. Todo estaba pautado (cada dos horas *"tenés que despertarla para comer"*) y parecía que las enfermeras tenían más derechos que yo sobre mi hija. Muriel abría la boca y lloraba, pero no quería saber nada con mi teta, le ponía el pecho en la boca y lloraba. Al tener los pezones planos, pobre hija tenía que trabajar más, pero a la vez la nurse la obligaba a mamar y ella se desesperaba y yo me sentía una inútil por no lograr prenderla. La nurse otra vez: *"mamá, tenés que darle el pecho como sea. Voy a volver en 2 horas y mejor que la beba se prenda"*. Ese fue el principio de la segunda odisea: la lactancia.

Día 2. Intentos fallidos de lactancia cada dos horas. Vienen las puericultoras y me dan tips de lactancia distintos a los de la nurse de la noche. Hago el intento. Las mamas como melones y Muriel no se prendía. Segunda noche sin dormir. Cada dos horas ingresaban las nurse a controlar si le daba la teta.

Día 3. Intentos fallidos de lactancia cada dos horas. Me mandan a neo a sacarme leche. Después de una hora con el saca leche casi me desmayo cuando veo que no había sacado más que 5 ml. Estaba agotada.

Día 4

9 hs. Vuelven las puericultoras y empiezan a apretarme las tetas manualmente para sacar leche. Una de cada lado. Están más de una hora y no llenan un frasquito. Me explican que la lactancia es un acto sexual y que tengo que disfrutarla (¿Disfrutar? No recuerdo esa palabra) Mi mamá se impresiona al verme la cara consumida. Una hora después viene la enfermera de piso y me dice patoteándome que me tiene que apretar las tetas porque voy a hacer una mastitis (¿Apretar qué?). Me enojo y le levanto la voz: *"basta de apretarme las tetas. Todo el mundo viene y me apreta las tetas. Si voy a hacer una mastitis quiero que venga una médica y me lo diga. Vos a mí no me vas a tocar"*. Esa fue la única vez que tomé coraje para defenderme. Ni antes ni después supe cómo.

22 hs. La última noche, vencida, lo hablé con Demián (él apoyaría lo que yo decidiera) y

juntos decidimos informarnos con una obstetra para dejar de intentar la lactancia. Pero la respuesta de la médica fue NO escucharnos, encerrarme en el baño y con un pañal empezar a apretarme las mamas como si fueran platillos. No se imaginan el dolor, la frustración, la angustia y la impotencia que sentí. Le pedía por favor que me dejara tranquila y ella me gritaba diciéndome que no era una buena madre, que me la tenía que "bancar", que ella era la médica y tenía que hacerle caso, y otras cosas más que no voy a reproducir acá. Demián estaba con Muriel en brazos en la habitación y no escuchaba ni se imaginaba lo que pasaba en el baño. De pronto, llegó la nurse y también se metió en el baño, entre ella y la médica me apretaban las mamas como si fueran exprimidoras. Fue una situación horrible. Deseaba morirme, nada más. Lo único que me salía era pedir "por favor" y a cambio recibí maltrato. Después de un rato la médica se fue y me dejó sola con la nurse que me dijo: "Cambiá esa cara y dejá de llorar que la bebé tiene que tomar la teta". Yo le contesté: "no puedo, no puedo sentirme bien y hacer como si nada, no voy a poder, no me sale" (realmente me sentía muy vulnerable, había pasado más de 72 horas sin dormir, no tenía fuerzas para nada). Fuimos hacia la cama y cuando me puso a Muriel en los brazos, rompí en llanto y sentí que una parte de mí había muerto en ese baño (R18. Grupo Facebook, 2015)

Este énfasis puesto en que la mujer que ha sido madre, alimenta a su hijo/a tiene un costado que puede transformarse en violencia por el irrespeto a la autonomía en la decisión de ella y sus propias posibilidades.

V.7. Las formas más crueles de la violencia

Cuando hicimos el trabajo de campo en la MSE en una conversación a modo de grupo focal con médicos y médicas residentes, reconocieron que hacían legrados⁸¹ sin anestesia. En un consultorio que estaba cerca de la sala de partos y los hacían prioritariamente durante la madrugada y a las mujeres que llegaban con un aborto incompleto. Las atienden los residentes de primer año que de por sí les toca hacer las tareas menos agradables, los anestesistas demoran en acudir al quirófano y se practican a la madrugada estos legrados sin anestesia, llevando al grado máximo del trato cruel e inhumano como castigo.

- La mayoría de las veces lo hemos hecho aquí -yo también lo he hecho- por comodidad nuestra ¿por qué? Porque hay que llevarla a la paciente, hay que hablar con el anestesista, hay que ver... Entonces por ahí son las 2 de la mañana y dices No, eso va a ser una hora, la legro aquí en 5 minutos y me voy a dormir rápido. Pero la paciente de eso no sabe.

- yo voy a ser sincera; sí he legrado pacientes en consultorio (sin anestesia) y no era de urgencia. De mi experiencia, que los chicos saben porque se los he dicho, nunca más lo voy hacer. Porque no me han legrado pero sí me han puesto el DIU y realmente... (Grupo Focal residentes medicina, MSE. 2008).

⁸¹El legrado es una práctica quirúrgica para desprender los restos de la placenta que pudieran haber quedado adheridos a la pared del útero. Se hace bajo una anestesia no muy profunda pero necesaria, dado el inmenso dolor que provoca.

Esta médica es mujer, y a partir de su experiencia de dolor por la colocación de un DIU - que en nada se puede asemejar al dolor de un legrado-, logra posicionarse en el lugar de las mujeres que asiste. Este ejercicio es una excepción entre los profesionales de la medicina.

En ese momento la jefa de residentes les dijo a su equipo presente:

...bueno, ya que estamos aquí casi todos, que falta alguno nomás. Convengamos que a veces nos jugamos y es un tema de urgencia, así que les pido por favor que de ahora en más, más por ahí si es a la madrugada y todo paciente legrado puede hacer quilombo (Grupo focal médicos/as residentes, MSE. 2008).

La preocupación de ella es que "todo paciente legrado (sic en masculino) puede hacer quilombo" y esa es la advertencia que le hace a sus pares. No se inquieta por el dolor de las mujeres, ni por sus derechos, sino por la posible denuncia que ella pudiera hacer. Y hace la advertencia y establece una norma: "de ahora en mas...".

Y luego una colega reafirmando la directiva de la jefa agrega:

"no deberíamos jugarlos, porque hay pacientes que son mal tocadas, aunque no son la mayoría..." (Grupo focal médicos/as residentes, MSE. 2008).

Quiere decir que si una mujer hace la denuncia en uso de su derecho, es una "mal tocada". Este fue un momento realmente desagradable y quedamos en estado de shock, que al lograr superarlo, iniciamos a través de distintos caminos posibles su erradicación.

Estas mujeres son las más despreciadas y sufren diferentes formas de violencia. Es posible que su deseo de no ser madre sea lo que activa el castigo. En diferentes maternidades se debaten entre atenderlas en el servicio de ginecología o en el de obstetricia. El aborto está en el límite entre las dos especialidades, es obstetricia porque hay un embarazo, pero internarlas junto con las mujeres que están por tener un/a hijo/a o ya lo han tenido contiene cierta perversidad porque están en estado de duelo por haber decidido interrumpir un embarazo o por haberlo perdido cuando en verdad lo deseaban. Es así que en el HGBA las mujeres son atendidas en el servicio de ginecología hasta la semana 20 y de ahí en adelante en obstetricia⁸² y en el HSE en la maternidad.

El espacio del aula en la universidad es siempre un momento de intercambios con estudiantes que traen sus experiencias. Y ya promediando el final del Seminario de Derechos Sexuales y (no) reproductivos de la Carrera de Licenciatura en obstetricia (FHCSyS-UNSE) un grupo expone su trabajo sobre un tema elegido por ellas: aborto. Y en un momento con total naturalidad comentan que en el HSE se hacían legrados sin anestesia. Con espanto les pregunto si ellas habían sido testigas de la práctica y las tres estudiantes reconocieron haber presenciado esta práctica en diferentes instancias. Una de ellas, comenzó a desarrollar un argumento justificativo:

- es que en las paredes del útero en su cara anteroposterior y lateral no hay

⁸²Dado que nuestra autorización era para entrar a la maternidad (GBA) no pudimos acceder a hacer observaciones en el servicio de ginecología.

terminaciones nerviosas motivo por el cual...

Otra estudiante levanta la mano

- Profe a mí me hicieron un legrado sin anestesia cuando perdí un embarazo. Y le puedo asegurar que duele. Y muy mucho.

Tremendo momento que da cuenta que la práctica sigue siendo realizada con cierta impunidad en el hospital que además es espacio de formación de profesionales. Además han desarrollado un argumento revestido de científicidad por el cual una estudiante repite que el dolor que las mujeres dicen sufrir no es tal, al menos no será tan importante, porque obviamente según le explicaron no hay terminaciones nerviosas. Y por último es preocupante que en un hospital escuela se perpetúen estos tratos crueles, inhumanos y degradantes que desde diferentes instancias nacionales e internacionales se recomienda su eliminación. Su naturalización y transmisión a los y las jóvenes es una preocupante perpetuación de este trato.

El hecho de someterlas a un interrogatorio es otra forma de violencia, se las interroga con el objetivo de la confesión de la práctica. Otra forma de violencia contra estas mujeres es la nutricional. Cuando se internan les dicen que no almuercen porque a la tarde pasan a quirófano. Y no pasan. Entonces a la tarde les dicen que no cenén porque a la mañana siguiente le van a realizar la práctica. Y no pasan. Entonces les dicen que no almuercen y así tenemos testimonios de haber transcurrido hasta tres días sin alimentarse.

V.8. La muerte

La muerte de mujeres, llamada internacionalmente "mortalidad materna" es considerado uno de los indicadores sensibles para medir el grado de desarrollo de los pueblos, junto con la muerte de niños y niñas. Nuestro país asumió en los objetivos del milenio (ODM) el compromiso de disminuir estos indicadores pero sin alcanzar las metas esperadas, las políticas implementadas como el Plan Nacer- SUMAR, o la concentración de los nacimientos en las grandes maternidades no logran reducirla.

La mortalidad materna ha tenido, en nuestro país, un comportamiento sustancialmente diferente de la mortalidad de los niños. En el caso de la mortalidad materna, en las últimas décadas se observa un amesetamiento a nivel de la Tasa de Mortalidad Materna, que ha oscilado dentro del mismo rango durante más de 20 años (Ministerio de Salud, 2016).

Las feministas planteamos que la denominación "mortalidad materna" es inadecuada y hasta cruel porque muchas de las mujeres mueren justamente porque no querían ser madres en un

contexto de clandestinidad. Entonces se propone denominar a este indicador como "muerte de mujeres en el proceso reproductivo" o "muerte por complicaciones del embarazo". Entre el año 2005 y el 2014 las muertes de las mujeres en Argentina por causas vinculadas a los abortos disminuyó en un 45,6%, (Ministerio de Salud, 2016) lo cual parece realmente significativo y es posible que se deba al acceso a técnicas de interrupción de los embarazos autogestionadas por las mujeres e impulsadas por el movimiento feminista.

En esta tesis no me propongo trabajar particularmente de este grave problema, pero como emerge de nuestras observaciones y entrevistas solamente me voy a referir a la misma porque de alguna manera se presenta como la máxima expresión de la violencia obstétrica, aquella que a partir del abandono de persona las lleva a la muerte. En este sentido cabe mencionar que Santiago del Estero presenta una razón de mortalidad de mujeres muy alta en el escenario nacional y que las cifras construidas por un equipo de investigación de la Universidad están muy lejos de las publicadas por la provincia en la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación). En este trabajo se señala que la razón nacional promedio de mortalidad materna entre el año 2003 y el 2011 es de 4,4 mujeres por 10 mil nacidos vivos, mientras que en Santiago del Estero para el mismo período es de 9,6 por 10 mil nacidos vivos. Y las mujeres que murieron por complicaciones de un aborto representan el 25,4% del total (Curioni, 2014). En la DEIS señalan la razón -siempre en el mismo período- es para Santiago del Estero de 5,3 mujeres muertas por 10 mil nacidos vivos. Esta política de ocultamiento de datos es característica de esta provincia desde hace varias décadas.

Cabe destacar que estas muertes son evitables y que Uruguay que ha legalizado el aborto en el año 2013, tiene en este momento la razón de mortalidad más baja del cono sur. Para el caso de Santiago del Estero, además obviamente de la ilegalidad del aborto, pareciera haber dos nudos críticos en el proceso de la muerte. Uno es la dispersión territorial y las enormes dificultades que tiene un sistema de atención primaria débil para cubrir las áreas más alejadas, y otra es la mala atención brindada a las mujeres cuando ya están internadas en el HSE. Estos últimos casos más allá de estar contemplados en el delito de mala praxis, se encuentran también incluidos en la Ley Nacional N°26.485 cuando dice "toda conducta por acción u omisión (...) Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes".

Los relatos que recupero son los tres de la sala de puérperas de la MSE. Este es un espacio de soledad y abandono de las mujeres que he descripto con anterioridad (Canevari, 2011).

Vanina fue derivada de una ciudad a 150 km al oeste de la provincia porque había tenido episodios de presión alta. Es este un cuadro grave que debe tener un seguimiento de cerca. Llega al hospital, la controlan y encuentran su presión normal. Tiene un parto vaginal y la trasladan a la sala de puérperas. Nadie más la controla. Luego de varias horas la encuentran fría (Cuaderno de campo, 2016).

Inés estaba internada porque le habían hecho una cesárea y ya habían pasado seis

días de la cirugía. Era un día lunes y llega Luisa una estudiante que está haciendo sus prácticas y la madre de Inés le implora que le vea la herida porque nadie se la había visto desde la operación y le sentía que olía mal. Luisa recurre a su instructora para comentarle el problema, la instructora recurre al personal de enfermería de la sala y le dicen que la responsabilidad de las heridas es de los/as médicos/as. De igual modo deciden Luisa y su instructora, curar la herida. Se la encuentran en un estado deplorable, con evidentes signos de infección, con pus y con muy mal olor. Comienza allí una señal de alerta y le indican un tratamiento antibiótico. Sin embargo la infección avanza e Inés muere aproximadamente a las dos semanas (Relato de una estudiante de enfermería de 3º año. Cuaderno de campo, 2016).

Gladys ya había tenido su hijo y estaba en la sala de púerperas. Junto a ella traen a la madrugada a una mujer que también había tenido su bebé. Gladys se despierta por un ruidito: tic, tic, tic. Mira a la cama de al lado y caían gotas de sangre sobre el suelo. Como puede llama a las enfermeras y cuando vienen encuentran a su compañera de habitación muerta (Cuaderno de campo, 2013)

En los libros de obstetricia y en las estadísticas se dice que la gran mayoría de las mujeres mueren por hemorragia y por infecciones. Lo cual es de una evidencia indiscutible. Cabe la construcción del supuesto -al menos para Santiago del Estero- que las mujeres mueren también por abandono de persona. Las muertes de mujeres tienen una clara responsabilidad estatal, la gran mayoría son evitables y por eso es un indicador de desarrollo. Luego de las políticas dirigidas a otorgar apoyo económico a las mujeres embarazadas, impulsar políticas como el Plan Nacer-Sumar de mayores controles, es inaudito que en Santiago del Estero no se logre evitar que las mujeres mueran y más grave aún cuando ellas están internadas en el servicio de mayor complejidad de la provincia. Estamos asistiendo a una forma de femigenocidio con responsabilidad estatal.

V.9. El camino a la *innecesária*

La cirugía como fin de un embarazo ha crecido de manera exponencial en las últimas décadas. Las primeras hipótesis de tal crecimiento se vinculan estrechamente a intereses económicos de los/as médicos/as. Pero no es solamente esto. Estas razones no explican de un modo amplio un fenómeno que es más complejo. Esta cirugía es más frecuente en los centros de salud privados, aunque sin embargo hay también un crecimiento del porcentaje en los hospitales públicos. Lamentablemente los datos estadísticos sobre éste y otros temas claves para las mujeres en el área de la salud no se encuentran fácilmente accesibles. En las publicaciones donde se presenta el estado mundial de la salud (WHO, 2009; 2013) o de la infancia (UNICEF, 2012), Argentina no incluye datos de los porcentajes de cesáreas, mientras la mayoría de los países disponen de ellos.

El DEIS (Dirección de Estadísticas e Informaciones en Salud) del Ministerio de Salud de la Nación, no publica ninguna información al respecto y prioriza otros temas vinculados al parto, como por ejemplo si fue un parto único o gemelar, o si fue asistido por un médico/a o por otro/a profesional del equipo de salud. Curiosamente parece ser más relevante el hecho de que sea gemelar a que se realice o no una cirugía cesárea para terminar un embarazo, tema clave para la salud de las mujeres, particularmente considerando su incidencia sobre la mortalidad. Existe en nuestro país un Sistema Informático Perinatal (SIP) en donde las principales maternidades públicas ingresan datos sobre las mujeres, sus embarazos, los partos y la información también de los/as niños/as. El SIP no publica periódicamente los resultados y es información que tampoco está disponible.

La OMS publica en su anuario una información para el año 2011⁸³ que muestra que en nuestro país el porcentaje de nacimientos por cesárea es del 22,7% (WHO, 2011). Pero aún con escasas estadísticas oficiales, apelando a otras fuentes o simplemente apelando al sentido común de una contabilidad personal, podemos dar cuenta del incremento del fenómeno.

Marcando una distancia con el porcentaje publicado por Argentina en el informe mencionado, hay otro estudio que hace estimaciones a partir de un trabajo realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 8 países de América Latina para el año 2005, que permite proyectar lo que sucede en el resto. A partir del mismo se estima que en nuestro país, el 35% de los nacimientos son por cesárea con diferencias entre el sector público (25-30%) y el privado en donde llega al 50% (OMS, 2011). Desde 1985, en la Declaración de Fortaleza⁸⁴, la OMS ha establecido que estos procedimientos deberían realizarse entre el 10 y 15 por ciento de los nacimientos. Esta recomendación ha sido ratificada a comienzos del 2015.

De hecho, la OMS afirma que cuando esa tasa es más cercana al 10 por ciento, se reduce tanto la mortalidad de las mujeres como la de sus hijos/as recién nacidos/as. Roberto Casale plantea que "existe una fuerte asociación entre el aumento de la tasa de cesárea y los pobres resultados maternos y perinatales. Este aumento en el número de nacimientos por cesárea ha estado asociado con severa morbilidad materna, admisión de recién nacidos a terapia intensiva con aumento de la morbimortalidad neonatal, y sin un claro mejoramiento en las condiciones de atención del parto y cuidado del recién nacido" (Casale, 2009).

También hay una correlación directa entre el número de cesáreas y el ingreso económico. A menor ingreso, a menor nivel educativo, menor número de cesáreas. Las mujeres de clase media o alta, las más instruidas, las mujeres con cobertura de obra social, tienen más probabilidades de terminar el embarazo en una cesárea. Aunque el nomenclador que adjudica los honorarios del/a profesional médico/a por la práctica en nuestro país es el mismo por una cesárea que por un parto

⁸³En los informes anuales de la OMS posteriores a esa fecha los datos de la Argentina para el caso de las cesáreas está en blanco e impide analizar las variaciones históricas.

⁸⁴Esta declaración realizada en Fortaleza (Brasil) marcó un hito en la atención de los nacimientos, estimulando a dejar de lado numerosas prácticas invasivas que hasta el momento eran rutinarias. Ver Anexo N°4.

vaginal, el costo de la cesárea es significativamente más alto por el hecho de que es necesario más equipamiento, insumos y días de internación para las mujeres y sus hijos/as. También es más elevado el número de complicaciones que redundan en mayores gastos tanto para la mujer como de costos sanitarios en general. Considerando que el aumento del número de cesáreas, ha llevado a una mayor necesidad de internación de los/as recién nacidos/as en terapia neonatal, esto implica un incremento importante del costo para el sistema sanitario y redundan en significativas ganancias para las instituciones privadas. Aunque posiblemente el mayor beneficio para las instituciones y los/as profesionales sea la organización del trabajo y el uso del tiempo.

Existe una complicación que un jefe de una maternidad pública de GBA calificó como una nueva epidemia asociada a la cesárea, que es el acretismo placentario⁸⁵ que padecen algunas mujeres que ya han pasado por esta cirugía y en un nuevo embarazo, presentan esta enfermedad que es grave, y con riesgo para la vida (Cuaderno de campo, 2014).

Michel Odent (2009) plantea dos dificultades en relación a las investigaciones médicas referidas a los nacimientos. Una es que las mismas se llevan a cabo en las instituciones, bajo las normas y rutinas de las mismas y que esto de alguna manera provocaría sesgos en los resultados porque el ambiente hospitalario y los/as mismos/as sujetos que investigan son condicionantes. La otra dificultad es, que no existen estudios longitudinales a largo plazo que de alguna manera evalúen las consecuencias de las maneras en que ocurren los nacimientos, del uso de tecnologías o de las prácticas realizadas sobre las mujeres o los/as niños/as. Y pone como ejemplo el uso de las ecografías ultrasonoras que se consideran inocuas, pero no hay evidencias al respecto.

Otro aspecto que merece atención es el argumento de que la cesárea se realiza por demanda de las mujeres, y algunos refieren que hasta un 16% por ciento de las mujeres solicitan que le hagan una cesárea (La Nación, 2011). Y es necesario problematizar este tema. Porque lo que pareciera una evidencia es que si una mujer pide una cesárea los/as médicos/as contemplan la posibilidad de satisfacer su deseo. Pero cuando pide un parto sin intervención ese deseo es desoído.

En este apartado nos ponemos en diálogo con mujeres que comparten su relato del camino que recorren, desde su perspectiva y su subjetividad, para llegar a la cesárea. Las redes sociales que se construyen a partir de internet son numerosas y crecientes. Las mujeres embarazadas o que recientemente han sido madres -aquellas que tienen acceso a la red-, se nuclean para conversar sobre sus dudas respecto al embarazo, sobre los profesionales que asisten ("¿conocen al doctor Pinto?"), están familiarizadas con la terminología médica y siempre hay otras mujeres con más experiencia o parteras que responden a las incertidumbres. Internet se ha convertido en el espacio para hacer la primera consulta, el "Dr. Google" responde las dudas antes que el/la médico/a, y es

⁸⁵Si bien hay casos de acretismo sin cesárea previa, en la mayoría de los casos esta es la causa. La placenta de un nuevo embarazo se implanta sobre la cicatriz de la cirugía de un embarazo anterior y sus vasos se adhieren en diferentes niveles, pero pueden llegar a atravesar las paredes del útero e incluso extenderse a órganos vecinos. El riesgo es la hemorragia en el postparto inmediato y el tratamiento más frecuente es la extirpación del útero. Cuantas más cesáreas haya tenido la mujer, más posibilidades tiene de que se produzca un acretismo.

así que de manera creciente estas mujeres llegan al consultorio con algunas precauciones. Una médica le dice a la joven preocupada por una duda: "Decime... y ahora ¿qué estupidez leíste en internet?"

Se recopilaron y analizaron 85 relatos que estas mujeres compartieron en las redes sociales (grupos de facebook y blogs) su experiencia de embarazo, parto o cesárea, entre el 2011 y 2015. Algunos son breves y generales y otros se desarrollan con cuidadosos detalles y minuto a minuto. Por la manera de expresarse se puede presumir que tienen un nivel educativo de medio a alto ("me quedan tres materias para recibirme de profesora de historia"). Y han sido escritos un tiempo después del parto, luego de una reflexión de la experiencia y maduración de las emociones. De cualquier modo, dan cuenta que la memoria está intacta por la intensidad de aquello que vivieron, gozaron o sufrieron en el cuerpo. Hay textos que denotan mayor cuidado en la escritura, pero todos son vivenciales y en la mayoría de los casos no parecen haber impostaciones, sino sinceridad. Las interlocutoras son otras mujeres que están embarazadas o que acaban de parir. Para las embarazadas hay advertencias especiales como por ejemplo que no vayan a tal "sanatorio carnicería" o al "doctor cureta X".

...este señor anda promocionándose con un *sistema único en Argentina de parto semidomiciliario* y la página dice toooooooooooooo lo que queremos leer los padres que buscamos el mejor nacimiento para nuestros hijos!! NO CAIGAN EN LA TRAMPA!!! (Relato 31)

Hay intercambios recíprocos y cada relato tiene comentarios dedicados al consuelo, a compartir la alegría o a dar un consejo. De la lectura de los comentarios, surge la imagen de una red solidaria de cuidados mutuos. Aunque sin embargo cabe también señalar que estas redes se construyen con la intención de resistir al autoritarismo y maltrato médico a través de la socialización de información.

Si bien en esta muestra hay mujeres de ciudades del interior del país (9%), la mayoría son de la ciudad de Buenos Aires (54%) y del Gran Buenos Aires (37%). Hay dos relatos de partos en hospitales públicos y seis domiciliarios (7%), y el mayor número se concentra en mujeres que han parido en clínicas o sanatorios privados (79%). Las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal representan el 44,2% (38) de los casos y las que fueron sometidas a una cesárea son el 55,8% (48). En las historias compartidas por las mujeres de este último grupo es donde buscamos comprender el camino que termina en la cesárea, en aquella que ellas denominan "la innecesaria", dicen "me hicieron la innecesaria". Obviamente que hay casos en los que ellas asumen que ha sido necesaria, pero en otros les queda una dolorosa sensación de que les han "robado el parto", "la posibilidad de parir".

En estos relatos de las mujeres sobre las circunstancias en que entran al quirófano, se buscará hallar algunas particularidades, y sin el ánimo de indagar sobre las razones médicas, se trata de

comprender sus experiencias objetivas y subjetivas. En la mayoría de los casos ellas le dicen al médico/a durante el embarazo que desean tener un "parto natural", y el profesional se muestra receptivo al pedido y dice que si todo sigue un "curso normal", el bebe nacerá como ella quiere.

El obstetra parecía ser un amor, re contenedor en todas las consultas. Yo con muy poca información le preguntaba si todo podía ser lo más natural posible, y él ¡claro! no voy a hacer nada que no sea necesario, si no querés anestesia no hay problema, bla bla. Digamos, todo lo que yo quería escuchar (Relato 17).

Algunos/as sin embargo, son más explícitos respecto a su modo de trabajar. Ante el planteo de que no quería anestesia le dice: "¿así que no querés la peridural? yo la doy igual y uso el forceps y además si quiero vas a cesárea" (R63). Obvio que la joven se fue a buscar otro/a médico/a.

A medida que progresa el embarazo y se acerca la fecha de parto comienzan algunas frases anticipatorias que pueden ser insignificantes sino se las interpreta como lo que son, un anuncio del cambio de rumbo. Algunas de las frases son "el bebe es muy grande", "ya vamos a ver cómo vas en el trabajo de parto", "todavía no sabemos por dónde va a salir".

En ocasiones, también surgen temas económicos que antes no habían sido mencionados. Luego de que se establece un vínculo de confianza y cuando a las mujeres les resulta un desafío complicado salir a buscar a otro/a profesional; en el momento en que ya falta poco para el parto, sacan el tema. Allí les comentan sobre sus honorarios, si no están dispuestas a abonarlos, serán atendidas por el/la profesional que esté de guardia en la clínica. Y cuando no pueden o no quieren pagar esa diferencia, se muestran ofendidos/as y el trato se modifica.

La tensión va en aumento con el progreso de las semanas y la cercanía del parto. En este escenario el/la médico/a es la clave para transitar exitosamente este momento. Esta tensión es particularmente percibida por las mujeres que sienten por un lado un gran temor por el mandato que pesa sobre ellas de cumplir su papel exitosamente y por el otro la preocupación de que su hijo/a nazca bien. El miedo es recurrente. Miedo al fracaso, miedo a la muerte, pero sobre todo miedo por lo que al hijo/a y a ellas mismas les pueda suceder. El entorno que rodea a las mujeres colabora en el aumento de la tensión. Las madres, padres, abuelas/os, tíos/as, vecinos/as, amigas/os, preguntan reiteradamente, alertan sobre "que no se vaya a pasar" y aportan historias poco tranquilizadoras.

Otra frase anticipatoria: "El médico me dijo: No es de buena práctica médica dejar pasar la semana 41 (R38)".

Y aquí planteamos un tema de discusión que en ocasiones confunde a las mujeres y sus familias, que son las semanas de duración de un embarazo⁸⁶. Cuando ya la supuesta fecha de parto es inminente la tensión llega a su máxima expresión. La mujer y su pareja han construido un lazo

⁸⁶Retomo este tema en el Capítulo VI

de dependencia emocional con el/la profesional. Es necesario para ella y su entorno, tener confianza porque de alguna manera está en sus manos. En base al temor existente propio de la situación, para encaminar hacia una cesárea se desencadena un progresivo y creciente proceso de amedrentamiento, que tiene posiblemente la intención de socavar la voluntad.

La persona contenedora desapareció para dar lugar a otra persona insensible y manipuladora (R17).

Durante los controles fue súper amable contestaba todas las preguntas hasta el control de la semana 37 en la que me ve entrar y me dice Con esa panza explotás, así no podes seguir, hacemos una cesárea (R37).

Retomando el tema de la culpa y la responsabilidad⁸⁷, aquí el problema siempre está del lado de la mujer, su cuerpo, sus incapacidades. Y hay un esfuerzo por culpabilizar y reforzar la culpabilización. El proceso es patologizar para luego intervenir. Sino se crea el problema es más difícil justificar la necesidad imperiosa de intervención.

Está muy verde/ Tienes un útero perezoso/ Sos muy baja/ El bebe es muy grande y tu cadera es chica, no va a pasar/ No dilatas/ Y si dilata: No progresa/ Si me llamas cuando te estás yendo en sangre, no sé si llego a tiempo.

El/la profesional pone las responsabilidades del lado de las mujeres, él es el héroe y ellas son el obstáculo que el propio héroe deben sortear para rescatarlas. Una imagen de la mitología clásica. Y el rescate es a ellas (a veces pareciera que de ellas mismas) y sobre todo como prioridad hay que rescatar a su hijo/a (¿de su propia madre?). Las mujeres en estado de culpa se autodesvaloran, entristecen y esto disminuye su capacidad de reacción.

...me dijo que me arriesgaba mucho si esperaba hasta el lunes porque corría el riesgo de arrepentirme toda mi vida (R8).

Le pregunto el motivo por el cual sería capaz de adelantar tanto tiempo un nacimiento. La respuesta tajante fue: "a vos te interesa cuándo puede nacer, a mí si va a nacer vivo o muerto" (R32).

¿Querés que le pase algo a tu bebé? (R17).

Un camino posible es que la mujer va a la consulta ya cuando está en el último tramo y entonces el/la médico/a le dice que hay que inducir el parto, que se interne aunque no tenga ningún signo de trabajo de parto.

Los pasos que siguen son hacer una inducción con ocitocina, romper la bolsa, desprendimiento manual de las membranas, dilatación manual, repetidos tactos, invasión e intervención. Estas prácticas son dolorosas por sí mismas o desencadenan un aumento del dolor.

⁸⁷Ver Capítulo III

El otro camino es que la mujer haya comenzado con trabajo de parto, se haya producido una rotura de la bolsa y entonces va por su propia iniciativa a la institución. Las mujeres quieren y piden un parto sin intervención pero también quieren sobre todas las cosas que su hijo/a nazca bien.

No me dejé programar una cesárea en la semana 37 por supuesta estrechez pélvica según el obstetra porque yo soy muy baja. Le dije que no... Me dijo "Bue si vos querés sufrir"... Luego empezó con que mi bebé era grande... Sofía pesó 3500 al nacer. En la semana 38 tampoco me dejé programar... Semana 39 el cuello cerrado, la gorda en posición pero no encajada. Me dijo que ya no se iba a encajar, y que yo no iba a iniciar ningún trabajo de parto. Le dije "Vos me podés asegurar que no puedo parir?" Y me dice "Eso no se puede saber"... Entonces le dije que iba a intentar parir y si no puedo vemos... Demás está decir que me amargó el último tramo de embarazo, la pasé llorando... Me repitió 20 veces que no me iba a dejar pasar de mi fecha de parto... (R15).

...tenía toda la información... y sin embargo en el momento no pude hacer respetar nada. Me da hasta vergüenza, pero ese día lo único que quería era que Cirilo naciera (R29).

Una vez que ingresan a la institución comienzan numerosas intervenciones sobre su cuerpo. Ellas resisten pero llega el momento en donde, en estado de shock se entregan.

Llegué con 1 cm de dilatación al Sanatorio y ahí quedamos, rehenes del combo institucional con todo lo que no queríamos, oxitocina, etc... y a los diez minutos de ponerme la inducción apareció el obstetra "¿estás lista para ser mamá?, ¡vamos a cesárea ahora!" (Sin mediar ninguna emergencia ni problema) discutimos un rato, que no... que sí, "que te lo saco ahora y se te termina el sufrimiento de las contracciones" como yo no cedía, empezó a asustarme, "si querés podemos esperar, pero mira que si esperamos y pasa algo no voy a tener quirófano ni equipo así que no te voy a poder atender", la anestesista vino a buscarme apurada porque todavía no estábamos en quirófano. Después me amenazó en el quirófano con ponerme anestesia total porque yo preguntaba por qué no podía respirar (R16).

La enorme preocupación por el/la niño/a en un ambiente hostil y sobre todo el estado de shock las ubica en una posición vulnerable, con pérdida de su libertad, que es determinante para la resignación. Hay una amenaza que de modo insistente les advierte que la vida del/a hijo/a está en juego. Al decirle a una mujer si no le importa que le pase algo a su bebé, no solamente se la está culpabilizando sino que también se le señala que ella es egoísta porque antepone sus necesidades a la de su hijo/a. Se trata de socavar la intención de las mujeres que desean un parto activo y que al sentirse culpables e incapaces, se entregan a la cesárea. Ellas quedan así en posición de pasividad, pacientes, inertes, en manos del que sabe, resuelve y maneja la situación. Y en esta disputa pareciera que el/la médico/a es la custodia por el bienestar del/a niño/a protegiéndolo/a de su propia madre. Sin embargo las mujeres, educadas como seres para otros/as, difícilmente van a hacer prevalecer sus deseos, sus necesidades, por sobre los de los/as demás y aún menos si se juega la seguridad de su hijo/a.

Horror. Más miedo. Y mi marido, demasiado pragmático a veces, me dice que vayamos a cesárea. Vuelve la partera, me hace tacto y me dice que todo sigue igual. A esta altura de los acontecimientos yo lloraba del miedo, la angustia, lo único que quería era que mi hijo naciera bien, si me hubieran dicho que me tenían que abrir la cabeza no me negaba tampoco (R25).

Yo no quería arriesgar a mi bebé así que me fui al muere sin chistar (R15).

Señalan que pasó demasiado tiempo en trabajo de parto (aunque realmente no sea así), o al hacer un monitoreo fetal alertan que hay un descenso de la frecuencia cardíaca del feto durante las contracciones, hecho que es normal pero que puede dramatizarse con el fin de patologizar e intervenir.

Me conectó el monitoreo fetal y en una contracción observó que disminuían los latidos. Inmediatamente indicó una cesárea urgente, le digo que quiero un parto natural y me respondió que no. No realizó ninguna acción para evitar la intervención quirúrgica, sabiendo que yo no quería esta operación. No me ayudó a tranquilizarme, no me indicó cómo respirar, no me dio oxígeno, no me hizo pararme o cambiar de posición, simplemente me obligó a permanecer acostada y dio órdenes. Empecé a respirar tranquila y profundo y me informaron que los latidos se normalizaron, pregunté si podemos evitar la cesárea, a lo cual la médica me respondió que no. Sin darme cuenta tenía cuatro personas encima: sacándome la ropa, pinchándome, afeitándome. Yo lloraba, preguntaba por mi marido y le pedía a la médica una y otra vez que quería entrar con él al quirófano. Me dijeron que no podía. En simultáneo escuché cómo se burlaban de otra parturienta y en un momento oigo también cómo se burlaban de mí porque necesitaba a mi marido conmigo (R80).

Y la hipocresía de decir que esta es una decisión dolorosa pero inevitable.

...la verdad hacerte una cesárea a vos es como cortarme un huevo, vos viniste y me planteaste un plan de parto te informaste, hiciste todo lo que tenías que hacer para estar preparada física y psicológicamente, te estás bancando las contracciones demasiado bien para estar inducida, de hecho hasta te reís y haces chistes y sos primeriza y muy joven para ir a una cesárea, pero bueno luego llega la hora de ir a quirófano...⁸⁸ (R3)

Se apela a un recurso emocional y no necesariamente racional. La incorporación de aspectos emocionales causa un cortocircuito en el análisis racional y en el sentido crítico de las personas que en ese registro quedan vulneradas. Noam Chomsky plantea que la utilización del registro emocional en los medios de comunicación, permite abrir la puerta de acceso al inconsciente para implantar o injertar ideas, deseos, miedos y temores, compulsiones, o inducir comportamientos (Chomsky, 2012).

O simplemente no brindar ninguna explicación. El silencio como explicación, el silencio como violencia. No dice, no explica, de alguna manera ella no tiene el status suficiente para merecer la palabra que justifica la práctica. De cualquier modo, el silencio le da la posibilidad de

⁸⁸Del relato no surge ninguna presunción de que hubiera una emergencia para haber tomado la decisión.

actuar con el efecto sorpresa, dejando a la mujer sin capacidad de reacción.

El médico de guardia me dijo que me mandaban a una habitación para estar en observación. Pero aparecí en un cuarto con doble entrada que era raro, entró una mujer que yo nunca había visto, dijo que me tenía que revisar, cuando terminó me quiso poner una vía en el brazo, y así tomé conciencia que algo me querían hacer. La partera me dijo que como solo tenía 1 cm. de dilatación tenía que ser cesárea. Me agarró un ataque de pánico y me puse a llorar (R17).

En ese momento de tensión en donde se decide la cesárea, se manda a la pareja o familiar a hacer trámites. Este detalle es recurrente y no pareciera una casualidad sino una estrategia de distracción. Si la mujer queda sola, su vulnerabilidad es mayor. El miedo y la soledad son el medio necesario para la dominación y el ejercicio de la violencia (Canevari, 2011).

... y a mi marido lo retuvieron todo el tiempo con cuestiones de administración, todo muy mal (R6).

Lo mandaron a mi marido a hacer los trámites de internación, y yo me quedé junto a la partera... R22).

Mi esposo volvió de hacer los trámites de internación y se sentó en la sala de espera del quirófano, donde podía escuchar mis llantos y nadie le explicaba qué sucedía. Finalmente increpó a una de las médicas y le exigió que le explique qué pasaba, le respondió que me iban a hacer una cesárea, que esperara ahí, que ya lo iban a llamar (lo cual nunca ocurrió) (R80).

Y la experiencia durante la cirugía.

La operación fue rápida, limpia, impersonal, un trámite más para todo ese equipo de doctores que se olvidan, no les importa que es el momento más importante de tu vida (R17).

El trato durante la cesárea fue horrible, fui llorando, muerta de miedo. No fui la protagonista de mi propio parto. Sentía a las personas a mi alrededor, aunque ellos se manejaban como si no estuviera allí y no pudiera escucharlos, sólo se dirigían a mí para decirme que deje de llorar. Me trataban como si fuera un objeto fácil de manipular; yo estaba ausente. Sólo veía barbijos y batas, todo era blanco, frío y de metal. No era lo que siempre había soñado para el momento de dar a luz (R80).

Estuve sola, no dejaron que mi mamá me acompañe (tampoco dejan a los padres). Jamás supe quién estaba abriéndome, hablaban de fútbol y se reían. Era como que yo no estaba allí. Yo escuchaba ese aparatito que chupa los líquidos y preguntaba “¿ya salió?, ¿ya salió?” Nadie me respondía.... Entre la emoción y la tristeza, me largué a llorar mientras me cosían. Nadie me contuvo, nadie me habló, nadie me dijo si mi bebé estaba bien (R39).

El peor momento de mi vida. Entendí lo que tantas veces había leído. Me estaquean, me crucifican. Desnuda, impotente. El médico sin aparecer. Los dos brazos atados, nadie me dice nada. Siento que me colocan una sonda, a las puteadas porque mi uretra "es la de una niña y no hay ese número y ponele el más chico que encuentres y le va a doler, más le va a doler otra cosa" y yo estaba ahí! Y seguían charlando como

si yo no existiera (R32).

Los ruidos que se escuchan son horribles... más allá de que no se siente dolor físico, sentís que te abren, que te mueven las tripas... no es natural... duele en el alma (R39).

Aparentemente mis quejas los molestaban y el anestesista me dijo que me iba a dormir toda. Como mi marido no estaba presente me dio miedo que me duerman, porque no habría nadie para ver a mi hija nacer. Así que me quedé callada la boca y pedí que no me duerman (R28).

Cuando por fin nació mi hijo no pude verlo, no lo acercaron a mí para el primer contacto. Se lo llevaron sin decir una palabra y de un momento al otro todo el equipo se había retirado y quedé con una enfermera. Me pasaron a una camilla y me dejaron en un pasillo, en el que estuve sola cerca de media hora. “¿Viste?, y vos querías parto natural”, esas fueron las únicas palabras que me dijo la enfermera frente a los gritos de otra parturienta. Pregunté por mi hijo, se fue sin mirarme, y me contestó: “No sé, ya lo van a traer”(R80).

El cuerpo entregado a la cirugía. Un cuerpo sin alma, la sensación de no estar allí, de que ese cuerpo no les pertenece y está enajenado. El nacimiento efectivamente puede suceder sin la participación de ellas. Nuevamente el silencio, la soledad. Nuevamente la amenaza, ahora en la clave de sacarla de escena como un castigo por sus caprichos, si llora viene la anulación absoluta. Es tratada como una criatura y se recurre a la pedagogía del premio- castigo. El mensaje implícito es "si lloras, te quejas o molestas te duermo, si te portas bien, podrás ver a tu bebé cuando nace". Son dos las mujeres que recuerdan esta amenaza y una tercera que sin mediar explicación, la durmieron.

Luego de la cesárea se encuentran con algunas constataciones de que han sido engañadas. Por ejemplo el peso del/a niño no es tan grande como se anunciaba.

... el *gigante* que estaba en mi panza pesó 3 kg (R32).

Mi primer hija nació en el Sanatorio X con el doctor Z en una cesárea que nunca se entendió por qué fue. Cuando pregunté en la consulta posterior... el hombre miraba hacia abajo sin dar explicación (R13).

Al pedir la historia clínica, encuentran falsaciones. Que el monitoreo que les dijeron que estaba mal, en realidad estaba bien, que le hicieron tactos que no le hicieron, que simplemente no se fundamenta en la historia el motivo de la cesárea o en un caso pusieron falta de progresión del trabajo de parto, cuando solo esperaron media hora para llevarla al quirófano.

El tiempo es una dimensión que de manera recurrente se asoma en la relación entre los/as médicos/as y las mujeres. El tiempo de espera siempre queda del lado de la mujer, y los tiempos urgentes siempre son los definidos por los/as profesionales.

...llegué con trabajo de parto activo, 8 de dilatación cuando me revisaron (obvio que me dejaron esperando como media hora porque como sos primeriza te boludean y piensan q saliste corriendo al hospital con la primera contracción) bueno resumo... me dieron la peridural cuando yo les dije que NO la quería, me rompieron bolsa, me hicieron pujar 2 veces acostada y me mandaron a cesárea porque "no bajaba". Nació a las 8 h. y nosotros habremos llegado a las 5 y 30 al hospital o sea, cero paciencia.

Paradójicamente se asoma un discurso médico que busca justificar la cirugía por la demanda de las mujeres que de alguna manera están colonizadas por la idea de que es una solución rápida, eficaz y libre de los sufrimientos de un parto. Hay una interesante relación entre el crecimiento de la elección de la cesárea por parte de las mujeres y los modos en que este procedimiento se presenta como amigable desde el punto de vista médico. Las mujeres tienen derecho a decidir qué van a hacer con su cuerpo, y tienen derecho también a pedir que le hagan una cesárea. Aunque por lo general no se brinda la información necesaria para tomar esa decisión. Además y curiosamente este mismo criterio no se aplica cuando las mujeres demandan de manera insistente un nacimiento respetado, y mucho menos cuando aquello que solicitan es un aborto legal.

Cuando se hace una cesárea, son las mujeres y sus hijos/as quienes asumen más riesgos. Esto ayuda a explicar por qué estos riesgos, -que están debidamente documentados- no solamente que no son difundidos y discutidos, sino que a menudo se ocultan. A partir de un estudio realizado en el año 1998 en el Reino Unido donde se analizan 153.929 casos de cesáreas electivas, se afirma que una cirugía cesárea que se realiza sin emergencia tiene 2.84 veces más probabilidades de muerte de la mujer que si hubiera tenido un parto vaginal. Las complicaciones son similares a cualquier procedimiento quirúrgico mayor en el abdomen (accidentes de la anestesia, daño a los vasos sanguíneos, extensión accidental de la incisión uterina, daños a la vejiga urinaria y otros órganos). El 20% de las mujeres desarrollan fiebre después de la cesárea, la mayoría debido a infecciones iatrogénicas. También existen riesgos debido a la cicatrización del útero, incluyendo disminución de la fertilidad, aborto espontáneo, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa. Todos estos riesgos afectan los embarazos posteriores. Los riesgos para el/la niño/a son la prematuridad iatrogénica (aún con ecografías repetidas hay errores de estimación sobre el momento adecuado para hacer la cesárea), los problemas de madurez respiratoria y el hecho de que el bisturí corte su piel (Wagner, 2000).

Sobre el mismo aspecto dice Hugo Spinelli (2016)

¿Cuáles son los riesgos de la cesárea para la madre? Podemos dividirlos en tres momentos. En la propia cesárea: riesgo anestésico, lesión de vísceras (intestino, vejiga) y/o mayor pérdida sanguínea (500 ml parto vs. 1.000 ml. cesárea). En el puerperio: infecciones posquirúrgicas (de herida y/o abdominales), trombosis venosa, retraso del amamantamiento dado que hay que esperar a que la madre se sienta mejor o se recupere de la anestesia y/o del dolor posoperatorio para dar inicio a la lactancia. A largo plazo: posibilidades mayores de endometriosis, placenta previa y/o acretismo placentario en el nuevo embarazo con la posibilidad de terminar en una histerectomía, disminución de la sensibilidad en el Monte de Venus al seccionar filetes nerviosos,

eventraciones y/o formación de cicatriz queloidea.

¿Cuáles son los riesgos de la cesárea para el recién nacido? Mayor riesgo de morbilidad respiratoria. Si la madre tuvo trabajo de parto previo y por alguna causa se decide la cirugía, el riesgo de morbilidad respiratoria es del 11,2%, pero asciende al 30% si la cesárea fue sin trabajo de parto. Todo esto, obviamente es mayor cuanto menor es la edad gestacional del recién nacido. Hay estudios que reportan una mortalidad 2,4 veces mayor en los nacidos por cesáreas electivas versus los nacidos por parto vaginal, y un riesgo 2 veces mayor de ingresar a terapia intensiva. A esto se suma, en algunos lugares, la separación de la madre y el recién nacido (porque no tienen quien cuide al niño/a en la sala con la madre) lo que provoca una mayor dificultad para iniciar la lactancia, a lo que se puede sumar, en algunos casos, hipoglucemia por fallas en la alimentación (sobre todo si son prematuros tardíos o a término temprano).

Hay otros argumentos presentes en estos debates sobre la posible cesárea como elección. Hay una falsa promesa de que así se escapan a la sentencia bíblica de parirás con dolor, cuando en realidad el dolor y las complicaciones están presentes en el período de recuperación que obviamente requiere un mayor número de días. Hay otra preocupación que es la de mantener el tono vaginal de una adolescente que si bien puede ser real, parece más bien un beneficio para la pareja sexual que para la mujer misma. La posibilidad de programar el día y la hora del nacimiento evidentemente brinda cierta comodidad a las mujeres y sus familias.

Pero quienes más se benefician son los/as profesionales de la medicina que organizan su trabajo de lunes a viernes y durante las horas del día. La tendencia es a una obstetricia diurna, libre de desvelos o interrupciones molestas. Algunos relatos dicen que quisieron hacerle cesárea antes de un fin de semana largo, de una festividad o luego se entraron que el/la profesional salía de vacaciones.

Valeria Fornes plantea que "desde la tradición antropológica podemos señalar que las heridas deliberadas sobre el cuerpo conllevan una impronta cultural ya que intervienen socialmente sobre la naturaleza reconstruyendo formas biológicas según tramas constituidas socialmente (Fornes, 2009:2). Hay un gesto de dominación al dejar una marca, un corte, una firma, un decir *por aquí anduve yo*.

Como ya mencionamos recientemente algunas clínicas u hospitales privados de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires han comenzado a ofrecer un Programa de Parto Mínimamente Intervenido (PPMI), que sería el equivalente a un nacimiento donde se cumplan los derechos señalados en la ley nacional N°25.929. Para ingresar a este programa se deben cumplir algunos requisitos que garanticen que es un embarazo de bajo riesgo, pero fundamentalmente tiene que poder abonar por fuera de cualquier sistema de cobertura médica, las consultas previas a la partera (se exigen entre 5 y 9) y finalmente el pago del parto⁸⁹.

"La duración de un parto normal es, en promedio, de 12 horas (10 a 16 horas), incluyendo el tiempo del trabajo de parto. En cambio, la duración de la cesárea es de 45 a 120 minutos con control posoperatorio y sin necesidad de esperar el trabajo de

⁸⁹En la actualidad el parto respetado, con intervención mínima cotiza en torno a los 1000- 1400 dólares.

parto. Un parto humanizado en una clínica de primer nivel, en general, no está cubierto por las prepagas y exige que el beneficiario pague un plus superior a diez veces –o más– que el valor de un parto natural. Un cálculo económico deja en claro que ante igual pago, a menor demanda de tiempo, mayor es la tasa de ganancia. El taylorismo feliz, el cuerpo también es domesticado por el reloj en el taller y así la madre y el recién nacido devienen objetos de la fábrica hospital, eliminando todo resabio artesanal en el trabajo médico y de la importancia de los vínculos." (Spinelli, 2016)

La medicina en el proceso moderno de expropiación del parto ha construido la ilusión y la promesa de un nacimiento perfecto, con un bebé perfecto. Esta promesa es eso, una ilusión.

La poca capacidad de autocrítica de los/las médicos, la aún menor capacidad de recibir críticas, la escasa valoración de la lectura, son una combinación explosiva. Porque si se trata de ser científicos, se trata entonces de poder poner en duda, de revisar y actualizarse, y esto no parece ser parte de las buenas prácticas médicas.

Recientemente, a comienzos del año 2015, la Organización Mundial de la Salud emite un breve documento con su opinión sobre las cesáreas en el mundo y estas son sus conclusiones.

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

- Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
- A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas.
- Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
- Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
- No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

Estas conclusiones presentan algunas afirmaciones que no dejan lugar a dudas y algunas ambigüedades que son propias de un lenguaje que evita aseverar y por eso se plantea elípticamente. De esta manera finalmente deja del lado de los/as profesionales nuevamente la decisión por *razones médicas*, y no por razones de salud de las mujeres el hacer o no una cesárea. Estas *razones médicas* se revisten de objetividad y se presume que existe un riesgo definido con

claridad que justifica las intervenciones como necesarias, que por ser científicas son neutrales y desvinculadas de los derechos. Deja también la puerta de la duda abierta sobre los resultados, con nuevas ambivalencias que no parecen impulsar de manera indubitable el respeto por las mujeres, sus deseos, su salud y su derecho a una vida libre de violencia.

Los relatos analizados pertenecen a mujeres que no querían un nacimiento por cesárea, y en la mayoría de los casos no hubo una emergencia que lo justificara. Si la innecesaria fue una decisión médica impuesta con artilugios engañosos, estamos frente a otra de las múltiples expresiones de la violencia obstétrica.

...estoy en la búsqueda de un médico respetuoso... Ya no los hay? (R85)

Capítulo VI

Los/as funcionarios/as públicos, su formación, sus prácticas

En este capítulo se abordarán las relaciones al interior de los equipos médicos de los servicios de maternidad estudiados. Pero también analizaremos las asociaciones médicas que operan en ese eje transversal del patriarcado y las subalternizaciones a otras profesiones feminizadas. Recurrimos nuevamente a una fuente complementaria que es en este caso una encuesta realizada a profesionales vinculados a la obstetricia para indagar sobre sus valoraciones respecto de la violencia contra las mujeres en la asistencia médica del parto. Sobre la enseñanza de la medicina hacemos una crítica a los modos en que trabaja en la formación y las omisiones en sus contenidos, como así también algunos aspectos del currículum oculto. Lo legal no configura un tema de importancia ubicándolos de alguna manera en un lugar de anomia. Por desconocimiento o por restarle importancia. El habitus autoritario médico, es generador de relaciones que resultan subalternizadoras tanto al interior de los equipos de los/as profesionales médicos (en la estructura de residentes y los órdenes jerárquicos subsiguientes) como con otros/as profesionales y las personas que buscan asistencia de su salud.

VI.1. El eje transversal del patriarcado médico: las asociaciones

Cuando encontré esta foto, sentí una emoción al comprobar que una imagen permitía hacer visible de manera inequívoca aquello que quería demostrar: el patriarcado de la medicina. Porque como ya vimos en la primera parte, la medicina es una ciencia que se configura como tal en la modernidad pero sus fundamentos patriarcales se sostienen en el tiempo. Podemos afirmar que es una corporación patriarcal, -como lo son las iglesias o el poder judicial- y se van abriendo caminos para su interpelación desde el feminismo.

Tal como ya lo señalamos, las estructuras de la violencia patriarcal se sostienen en dos ejes interconectados (Segato, 2003). Uno vertical que es el de la dominación y otro horizontal que es el de las complicidades. Estos dos ejes, el de las complicidades y el de las subalternizaciones tienen diversas expresiones para el caso estudiado.

Esta imagen en primera instancia no sorprende porque es una foto que podemos ver habitualmente y se nos hace normal. Pero ¿qué ocurriría con nuestro orden simbólico si

cambiáramos de sexo y fuesen una mayoría aplastante de mujeres?

Academia Nacional de Medicina- Año 2012 ⁹⁰



La Academia Nacional de Medicina está conformada en su gran mayoría por varones, son dos mujeres sobre un total de 35 académicos/as. Son varones adultos (algunos ancianos), tez blanca y de una casta oligárquica. Vestidos de traje riguroso, alguna corbata roja y un saco blanco señal de una audacia transgresora. Queda claro que se trata de un grupo de poder, cuya adscripción se expresa a través de la uniformización, *el traje del poder*⁹¹ (Hernando, 2012:134). Ellas ubicadas en las márgenes y vestidas también de traje. Están en la cumbre de una profesión altamente competitiva y jerárquica, casi nadie sonríe, salvo una de las mujeres que luce particularmente diferente. El entorno es también interesante. Es un salón elegante, seguramente en el edificio de la calle Las Heras, piso lustroso, una biblioteca de libros con lomo de cuero y un par de bustos de célebres antepasados. Están en Buenos Aires pero podría verse igual en cualquier ciudad europea. Como en otras academias cada uno/a ocupa el sitio de un ilustre científico de la medicina. La academia se presenta como eurocéntrica, etnocéntrica, androcéntrica, gerontocrática. Clasista, racista y sexista.

Si bien esta academia es la sociedad médica de mayor prestigio en el país, hay numerosas sociedades que dan cuenta de la tendencia gregaria entre los/as profesionales de la medicina. Es interesante para nuestro caso, analizar en particular las sociedades que se nuclean en torno a la

⁹⁰ Tomada de <http://www.acamedbai.org.ar>

⁹¹ Almudena Hernando propone el concepto de traje del poder para referirse a los grupos masculinos que ocupan posiciones dominantes en una determinada sociedad. Ellos tienden a uniformizarse, cosa que no ocurre con las mujeres, aun cuando ocupen un lugar jerárquicamente destacado.

salud de las mujeres. La FASGO es la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Está organizada por un lado con sociedades de base territorial en cada una de las provincias (en algunas provincias hay más de una) y luego hay otro grupo de Sociedades Adherentes organizadas de acuerdo a diferentes sub especializaciones siempre dentro de la ginecología y obstetricia. Entre las adherentes hay 18 sociedades médicas que se dedican a estudiar a las mujeres en diferentes etapas de su vida o desde variadas perspectivas/ temáticas, o a partir del fraccionamiento del cuerpo. Cabe aclarar que no encontramos otra Federación de sociedades médicas que contenga en sí misma tantas y tan variadas miradas sobre su *objeto* de estudio⁹². Hay una sociedad que llama particularmente la atención, porque se especializa en las *patologías del tracto genital inferior* y que es referente local de una Federación Latinoamericana dedicada al estudio de esa pequeña porción del cuerpo de las mujeres. Cuando le pregunté a un médico integrante del Comité Directivo de FASGO sobre su opinión sobre los motivos de estos fraccionamientos, me contestó con una broma

- ...podríamos crear la sociedad del pezón que se separaría de la de mastología.
- ¿Pero es que hay una tendencia a la superespecialización?
- Todo lo contrario, cada vez hay menos interés en especializarse. La "generación y" es inmediatista, quiere resultados rápidamente. Entonces la tendencia es a la tocoginecología⁹³.
- ¿La generación y?
- Es un tema de las ciencias sociales, -me dice haciéndome notar mi ignorancia-. Es la generación nacida a partir de los '80 y es la que recibimos ahora en la residencia (Entrevista a ME, MGBA 2015).

No existe obviamente una dimensión de esta envergadura en las sociedades médicas dedicadas al estudio del aparato genital masculino, o de otra parte del cuerpo igualmente compleja como puede ser el cerebro o el corazón. Tampoco existe un fraccionamiento tan meticuloso, o que reúna un número tan importante de asociaciones y asociados/as. En resumen: hay 31 sociedades federadas y 18 adherentes, un total de 49 sociedades médicas reunidas en la FASGO, dedicadas a la formación de recursos humanos, actualización, organización de eventos científicos, publicaciones y diferentes acciones destinadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en distintas etapas de su vida. La Comisión Directiva actual de la FASGO (período 2015-2017) está conformada por 22 varones y 4 mujeres que recién aparecen en los cargos de menor jerarquía como vocales suplentes. En el Consejo Académico hay 9 varones y 2 mujeres que son también Profesores/as de Universidades Nacionales. Claro que la gran mayoría de varones no es una constatación suficiente del patriarcado médico, aunque recorriendo el sitio de internet, sus

⁹² La Sociedad Argentina de Pediatría por ejemplo, no es una Federación pero tiene una amplia extensión territorial y tiene múltiples comisiones temáticas. La diferencia radica en que es una sola sociedad.

⁹³ En todas las conversaciones con los/as profesionales, siempre mantienen un lenguaje técnico y específico de su disciplina sin preocuparse por si la otra persona entiende lo que dicen. Si yo no tuviera formación en el área, me sería difícil comprender muchos de los términos que utilizan. La tocoginecología es la unión de la obstetricia y la ginecología.

fotografías, sus actividades pareciera suficiente evidencia de ser un espacio que si bien está dedicado enteramente a la salud de las mujeres, hay un fuerte androcentrismo entre sus profesionales.

Desde 1957 cuando fue creada la Federación hace aproximadamente 60 años, han habido 23 presidentes de los cuales han sido en su totalidad, varones. Hay seis Comités nacionales sobre temas de relevancia (mortalidad materna, asuntos legales, salud sexual y reproductiva, formación de residentes) que recientemente han incorporado uno que se ocupa de la violencia de género (lo ocupa una mujer), aunque no de la violencia obstétrica.

Ante la pregunta respecto de las razones que expliquen la existencia de tantas sociedades, la respuesta fue:

- Se dividen porque cada profesor quiere tener su propio espacio, buscan prestigio, protagonismo (Entrevista a ME, MGBA 2015).

El fraccionamiento de las especialidades referidas a las mujeres, tiene sus vaivenes. En la formación de grado en la mayoría de los planes de estudio de las universidades nacionales hay una materia que es ginecología y otra que es obstetricia. En la Universidad Nacional de La Matanza crea recientemente la carrera, con un enfoque social y comunitario y la materia se llama "salud integral de la mujer". Luego en la formación de residentes se unifican y en las sociedades médicas también. Pero cuando organizan los Congresos que son de Obstetricia y Ginecología se forma un comité científico para cada especialidad, aunque luego el evento los/as reúna.

Y en la mayoría de los hospitales públicos, hay un servicio de obstetricia y otro de ginecología. Por lo general se presentan tensiones para resolver a cuál servicio le corresponde atender a las mujeres que llegan con aborto en curso. En algunos hospitales van a obstetricia y en otros a ginecología. En el HGBA atienden a las mujeres que llegan con aborto en curso hasta la semana 12 o 14 (no parece tan clara la frontera) y cuando las mujeres tienen más semanas de embarazo van al servicio de maternidad. En cambio en la MSE siempre las atienden en la Maternidad y tienen unas camas destinadas a ellas, separadas de las que están con sus hijos/as recién nacidos/as. El servicio de ginecología ha tenido en el HSE una oposición rotunda a atender a las mujeres que tienen un aborto. Lo que parece claro es que hay resistencias por parte de los dos servicios, para atenderlas. Son discriminadas tanto por la obstetricia como por la ginecología y dependerá de la política de la institución como se dirime este problema.

Moderadora: ¿Y cómo funcionan los dos servicios? (Ginecología y obstetricia)

R1: Totalmente separado, totalmente diferente

Moderadora: Y eso ¿por qué será?

R1: No sé, hace años en alguna época estuvo todo junto y después se separó supongo que por una cuestión de autoridades digamos. En varios hospitales está separado, lo que tienen juntos en algunos hospitales es la guardia, tienen los servicios separados a veces funciona la guardia como si fuera una sola y acá hasta eso está dividido.

M: ¿Y atienden de catorce semanas en gineco y a partir de catorce acá? Y si te llega

una mujer por ejemplo si yo tuviese cuatro meses de embarazo y no conozco el hospital y pregunto por la guardia de obstetricia y me mandan acá ustedes la reciben y...

R1: La interrogamos depende de lo que tenga porque si tiene alguna patología agregada si la vemos nosotras por más que sea de catorce semanas

M: Y si no la mandan...

R1: Si consulta por pérdidas ahí si va a gineco

R2: Si fuera pérdidas...

R1: Claro, si es vómito, fiebre o dolor abdominal o algo de eso la vemos acá, a veces igual la revisamos acá y vemos si es algo para internar la mandamos y sino la vemos directamente depende si hay mucha gente y esas cosas por más que no nos corresponda a veces se ve igual (Grupo focal residentes de medicina MGBA, 2015)

La preeminencia del número de varones en la obstetricia está transformándose y eso es visible en la rueda con los/as residentes en donde más de la mitad son mujeres. Una especialidad ejercida históricamente por varones, va mutando su constitución y esto es generador de preocupación:

- Hay una tendencia a la feminización de la obstetricia
- ¿Ah si?
- Sí, y es un problema
- ¿Por qué?
- Porque imagínate que las mujeres no pueden levantarse a la madrugada a atender un parto. Una mujer si tiene hijos tiene que quedarse en la casa, no puede salir (Entrevista a ME, MGBA 2015).

Son varones⁹⁴ que se ocupan de la salud de las mujeres, pero se resisten a incorporar los temas vinculados a los derechos de las mujeres y ellas -aún las colegas- tienen que mantenerse en la casa atendiendo sus niños/as.

⁹⁴ Hay una frase que circula entre los médicos que eligen la especialidad obstétrica que les dicen, "ustedes trabajan en donde otros juegan o disfrutan". Y se trata de una especialidad donde la totalidad son aparentemente heterosexuales. Ante esta indagación solo encontré una remota referencia posible a un médico varón ginecólogo y homosexual. ¿Por qué insistí en esta pregunta? porque en el trabajo de campo se respira en las instituciones recorridas, cierto despliegue de erotismo. Son sutiles insinuaciones, de una mano puesta en el hombro desnudo de una mujer recién operada, una aproximación física de un jefe de servicio sobre una residente para mostrarle una imagen, miradas, frases, gestos. En conversación con mi amigo Peñaloza sobre el tema, reconoce que el médico despliega sus artes de seducción con las mujeres que atiende. Afirma que es parte del marketing personal, sobre todo en el consultorio privado -aunque no solamente- para que perduren en el control con ellos. La simpatía, el agrandar, el seducir son actitudes que acompañan la conquista de una mujer, en este caso usuaria de un servicio. El trabajar con cuerpos que exponen zonas siempre vedadas no parece que pudiera resultar indiferente a la subjetividad de los/as profesionales. Y también las mujeres que se depilan y se proponen verse bien frente a la mirada de ellos. Lo sexual está presente en el ambiente, con bromas, comentarios, toques, insinuaciones y hasta en los insultos. "Sacate la bombacha, acostate, abrí las piernas", hay reiteradas metáforas sexuales. Se introducen y se sacan dedos/ objetos de la vagina, la desnudez, los gritos, la piel, el lado salvaje del parto.

VI.2. La opinión profesional sobre la violencia obstétrica

Desde la subcomisión que trabajamos sobre violencia obstétrica en la CONSAVIG⁹⁵ en el año 2014 impulsamos la realización de unas encuestas para valorar las opiniones de los y las profesionales de la salud respecto de su percepción sobre el problema en base a algunos indicadores⁹⁶. Posteriormente se hizo un acuerdo con la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y se aplicó entonces en un Congreso Nacional realizado en Córdoba en el año 2015⁹⁷.

Se aplicaron 185 encuestas a profesionales de la salud en su gran mayoría médicos y médicas especialistas en tocoginecología representando el 59% del total, y luego hay un 15% de Obstétricas/os y Licenciadas/os en Obstetricia, un 16% de Enfermeras/os, Licenciados/as en Enfermería y auxiliares de Enfermería, para completarse con Instrumentadoras, Psicólogas/os y dos estudiantes. El sexo es predominantemente femenino con 76,2% del total y 22% de varones, con un tiempo de graduación promedio de 14,4 años siendo la máxima antigüedad de un médico con 52 años de ejercicio de la profesión. El 72% (132) de los/as profesionales que respondieron la encuesta viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, un 15% de Jujuy, un 8% de Santiago del Estero y luego hay personas de Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos y Santa Fe.

Se consensuaron 37 indicadores que se proponen indagar la percepción de la violencia frente a determinadas prácticas, y sobre cómo dimensionan los/as profesionales de la salud la violencia obstétrica que fue diseñada y aplicada en colaboración entre la CONSAVIG y FASGO. Se solicitaba a la persona que completaba la encuesta que haga una valoración del 0 al 5 en donde el cero es la ausencia de violencia y el cinco es la máxima violencia. Se analizaron luego con programa de análisis estadístico (SPSS).

La lista que sigue permite apreciar los indicadores utilizados y el promedio de las respuestas considerando que el valor oscila entre el 0 y el 5. De modo tal que la práctica que se considera menos violenta es la *realización de monitoreo fetal de manera rutinaria* con un promedio de 1,47.

⁹⁵La Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) fue creada en el 2011 con el objetivo de implementar tareas vinculadas con la elaboración de sanciones a la violencia establecida por la ley N° 26.485 y está como titular desde su creación Perla Prigoshin. Se crea luego una subcomisión dedicada particularmente a la Violencia Obstétrica que coordina Julieta Arosteguy (hasta el año 2015) integrada por representantes del INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación), del Ministerio de Salud de la Nación (Programa de Salud Sexual y Procreación responsable), de la Defensoría del Pueblo de la Nación, de la Superintendencia de Servicios de Salud, investigadoras, bioeticistas, entre otros/as. Dentro del Estado Nacional ha sido pionera en el impulso de políticas públicas de modo articulado sobre este tema.

⁹⁶La encuesta fue autoadministrada, en la tarea de recolección participaron numerosos/as colaboradores/as, el análisis ha sido realizado por mí.

⁹⁷Ver encuesta en el Anexo N°1. Metodológico

Y la práctica que más se acerca al 5 es el *amenazar, descalificar, insultar o gritar a la mujer* que tiene un promedio de 4,81. Y el promedio del total de las valoraciones es de 3,8, lo cual revela que ha habido una tendencia generalizada a marcar con un puntaje alto los indicadores seleccionados, dado que está por encima de la media que estaría en 2,5.

Es muy probable que al decir explícitamente que la encuesta es sobre violencia, haya habido una tendencia a marcar lo políticamente correcto, lo cual no deja de ser significativo porque denota que hay un registro de las prácticas violentas más allá de la distancia que pudiera existir entre lo que se expresa y lo que se hace.

Cuadro N°2. Indicadores de violencia obstétrica según profesionales de la salud

Indicadores	N°	Media
Hacer monitoreo fetal electrónico de rutina	176	1,47
Realizar maniobra de Hamilton para inducir el parto	170	2,45
Romper en forma artificial las membranas	179	2,56
Administrar oxitocina sintética para inducir el parto	174	2,65
Rasurar los genitales.	180	2,98
Limitar la libertad de movimiento durante el trabajo de parto	181	3,31
Realizar episiotomía de rutina	179	3,36
Imponer la posición de litotomía para el momento del expulsivo en un trabajo de parto con frecuencia cardíaca fetal normal.	172	3,37
Limitar la posibilidad de elegir la alternativa más aceptable de intervención, cuando exista más de una	181	3,39
Negar a las mujeres con cesárea anterior la posibilidad de un parto vaginal	180	3,48
Realizar enema evacuante.	179	3,55
Requerir el consentimiento de la pareja o familia de la mujer cuando ella está consciente	181	3,58
Realizar un legrado uterino instrumental cuando es viable la aspiración manual endouterina (AMEU).	180	3,62
Forzar la lactancia materna.	178	3,67
Efectuar maniobra de Kristeller para acelerar el descenso por el canal de parto	174	3,70
Dilatar manualmente el cuello sin analgesia peridural.	179	3,83
Requerir a las mujeres en la atención pos aborto la confesión de la práctica.	182	3,84
Utilizar un lenguaje excesivamente especializado, incomprendible para la mujer y su(s) acompañante(s).	181	3,92
Informar sobre el estado de salud de la mujer y las razones de su internación a las/os acompañantes sin el expreso consentimiento de la mujer.	178	3,97
Impedir a la mujer estar acompañada durante todo el proceso por una persona de su confianza	183	3,97
Separar a la mujer de su hija/o luego del nacimiento por rutinas institucionales.	181	4,01
Retacear información sobre los derechos de las mujeres en la atención obstétrica	177	4,05
Denunciar ante las autoridades a la mujer que ingresa a la institución por	178	4,07

aborto		
Retacear la información sobre las prácticas que se realizan sobre la mujer o su hija/o.	181	4,14
Realizar actividades de investigación y/o docencia sin consentimiento expreso de la mujer	180	4,17
Retacear la información sobre anticoncepción y el acceso al método anticonceptivo de elección en la atención pos aborto.	180	4,22
Prohibir o censurar las expresiones espontáneas de la mujer.	183	4,29
Condicionar la atención pos aborto a la respuesta de preguntas sobre la causa del aborto.	180	4,33
Obstruir el acceso a servicios autorizados de salud como el aborto no punible, la atención posaborto y la esterilización quirúrgica.	176	4,36
Realizar legrado uterino o AMEU sin anestesia	180	4,37
Demorar o acelerar el trabajo de parto o la resolución de un aborto por conveniencia personal o para castigo a la mujer.	180	4,42
Descalificar las pautas culturales de la mujer o sus acompañantes.	183	4,42
Culpabilizar a la mujer por cualquier resultado adverso.	182	4,53
Impedir la lactancia materna.	181	4,58
Negar a la mujer que llega con un aborto en curso analgésicos para mitigar el dolor.	182	4,60
Negar analgesia o anestesia en casos de dolor extremo	183	4,66
Amenazar, descalificar, insultar o gritar a la mujer	183	4,81

Fuente: Encuesta aplicada a profesionales de la salud de diferentes provincias del país. CONSAVIG y FASGO Año 2014. Elaboración propia.

Sin ánimo de hacer un análisis técnico de cada una de las prácticas que fueron enunciadas en los indicadores, cabe afirmar que cada uno de ellos constituyen prácticas habituales en el proceso de atención de una mujer en trabajo de parto. Por ejemplo la realización del monitoreo fetal está muy discutida y en la Declaración de Fortaleza del año 1985 la OMS recomienda:

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal.

La maniobra de Hamilton consiste en un tacto vaginal profundo que se propone despegar las membranas para inducir el comienzo del trabajo de parto. Puede presentar algunas complicaciones, y es dolorosa. Por lo general no se le explica a las mujeres ni se pide un consentimiento de la práctica a la cual se la somete. La administración de medicamentos como la oxitocina⁹⁸, o la rotura de membranas, la realización de episiotomía de rutina, la posición acostada

⁹⁸La oxitocina es una hormona que se segrega en el cuerpo de las mujeres durante el trabajo de parto y favorece la dilatación y las contracciones uterinas. Se utiliza de manera sintética administrándola con un suero endovenoso y tiene el efecto de inducir el trabajo de parto con el aumento de las contracciones y el dolor. Es también muy cuestionado su uso indiscriminado. La OMS (1985) dice: "La inducción del parto debe reservarse para indicaciones

en el parto, la limitación de movimientos, se encuentran entre los indicadores de más baja valoración y todas ellas son realizadas rutinariamente.

El hecho de forzar la lactancia materna está muy alejado del limitar la misma, lo cual indica que forzar no es tan violento como la limitación. La lactancia está vista como un beneficio para la criatura recién nacida y aunque una mujer tenga buenas razones para no hacerlo, lo más probable es que sea acosada por diferentes profesionales para que cambie de opinión.

Entre las prácticas que se consideran más violentas están las psicológicas como por ejemplo descalificar las pautas culturales, culpabilizar a la mujer por los resultados o el amenazar, insultar, descalificar que es la más grave violencia posible para este grupo. También figuran allí dos modos de negación de analgesia o anestesia. Es al menos curioso que la maniobra de Khristeller⁹⁹ sea considerada menos violenta que la descalificación o el impedir que la mujer esté acompañada. O que el legrado sin anestesia sea menos violento que el hecho de descalificar pautas culturales. Es bastante significativo que se considere más gravoso el daño psicológico que el físico.

Si las encuestas fueron 185, lo que también se desprende del cuadro es el número de abstenciones de respuesta y el máximo es de un 8% para el caso de la maniobra de Hamilton.

Es necesario destacar los numerosos obstáculos y resistencias que se transitaron en las negociaciones para lograr los acuerdos que permitan realizar las encuestas; que dan cuenta una vez más de las dificultades para habilitar la posibilidad de hablar sobre una posible violencia que los/as profesionales ejercen y las resistencias a exponerse a ser sujetos de investigación.

Una pregunta que retumba una y otra vez es ¿qué es violencia? y uno de los encuestados se indignó al pedirle que la complete diciendo: "no voy a permitir que me acusen de violento por hacer una episiotomía".

En el año 2016 tuvimos un incidente de campo que merece una reflexión. Organizamos en la ciudad de Santiago del Estero unas jornadas que se propusieron desde el Grupo Géneros, política y derechos (INDES- FHCSyS-UNSE) en coordinación con la Dirección de Género de la Secretaría de derechos humanos de la provincia. A modo de articulación invitamos a la coordinarla con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología (SOGSE) y otros Colegios profesionales (médicos/as, enfermeras/os, obstétricos/as, trabajadores/as sociales, Defensoría del pueblo). En la primera reunión cuando comentamos la idea de organizar unas jornadas sobre violencia obstétrica, las representantes de la SOGSE pusieron literalmente el grito en el cielo. No querían que se mencionara la violencia obstétrica. Nosotras habíamos invitado a la responsable del tema en FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), pero aún así no querían que se convoque con esa denominación. Fueron varias reuniones tensas hasta que acordamos llamarla Jornadas sobre Nacimiento respetado. Curiosamente luego de que lograron eliminar el título

médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones".

⁹⁹La maniobra de Kristeller se trata de ejercer presión sobre el vientre de la mujer en el momento del expulsivo, literalmente las mujeres relatan que se "subieron arriba de la panza".

inquietante, se retiraron de la organización y dijeron que la Sociedad solamente daría el auspicio.

Parece evidente que nadie quiere nombrar la violencia. No quieren que se instale un tema que podría poner en cuestión sus prácticas y el argumento es que si se habla de la violencia las mujeres podrían accionar contra los/as médicos/as. En las sociedades médicas internacionales (FLASOG que es la latinoamericana o FIGO que es la internacional) hay una mayor voluntad de crear ámbitos institucionalizados para el debate¹⁰⁰.

Y la violencia también viene de afuera:

Moderadora: Y que otra situación te parece violenta?

B: Sí, los familiares son muy violentos

A: Nosotros acá en general si podemos, casi siempre podemos como tenemos las habitaciones individuales las hacemos pasar al familiar para que este acompañando a la paciente que es durante todo el trabajo de parto preferimos que sea el marido si la paciente quiere y sino el familiar que la paciente elija y a veces se tornan agresivos por ejemplo una paciente que está en trabajo de parto y no evoluciona correctamente pero esta con dolor porque tiene contracciones lo normal y el familiar a veces te dicen porque no le hacen una cesárea? y ven que el tiempo pasa y vos no la operas porque su familiar ve que tiene dolor y ahí empiezan se tornan agresivos

Moderadora: Piden cesárea?

B: Siempre!... todas!

D: Cuando tiene mucho dolor (Entrevista a médicos HGBA, 2015)

Hay un problema y es la distancia entre lo que los/as profesionales de la medicina consideran violencia y la valoración que las activistas hacemos al respecto. El debate requiere revisar práctica por práctica, saber por saber, actitud por actitud.

VI.3. Las relaciones desiguales en los equipos de obstetricia.

La subalternización de las mujeres (y de la naturaleza) insufla de poder a la masculinidad dominante. Y esta sensación de dominio afirma la autoestima y el sentimiento heroico de los/as profesionales de la medicina. Esta relación dialéctica se retroalimenta permanentemente y reafirma las posiciones. La subalternización no es solamente hacia las mujeres que buscan atención médica y que se espera que acepten obedientes todas las indicaciones comportándose como objeto pasivo (Canevari, 2012), sino también hacia otras profesiones dentro de los servicios de salud. Es interesante ver las tensiones que existen entre las obstétricas (parteras) y los/as médicos/as.

¹⁰⁰En FIGO (que tiene sede en Londres) nombraron como responsable del tema a Diana Galimberti una médica argentina activista por los derechos de las mujeres que fue muchos años directora del Hospital Alvarez en la CABA. Ella dice que las sociedades de obstetricia y ginecología están muy enfrentadas con las ONG feministas, están muy molestas con los avances en la instalación del tema.

Como todas las organizaciones patriarcales, los servicios de salud tienen una estructura jerárquica con una base ancha y femenina conformada por enfermeras, obstétricas, y otras profesiones. Este grupo sostiene el funcionamiento permanente (y necesario) de los hospitales, con salarios más bajos y con escasa participación en la toma de decisiones o en el uso de los recursos.

Y también se espera que ellas se ocupen de los aspectos emocionales o de contención a las mujeres y sus familias. Y el momento del parto es un momento de tensiones múltiples, hay mucho stress y pueden suceder algunos imprevistos en ese proceso. Hay un modelo de atención tecnocrático que está en crisis y que resiste a pesar de los cuestionamientos que recibe. Y a pesar de las leyes vigentes que protegen a las mujeres.

Es interesante el discurso del jefe de un servicio de Maternidad del gran Buenos Aires que comprende las necesidades de transformación, pero que entonces delega en las obstétricas aquello que el médico no puede (o no quiere) resolver.

Entrevistadora: Y a mí me había quedado algo pendiente que estamos hablando con respecto al ingreso de las obstétricas por ahí es una idea mía pero se esperaba con el ingreso de las obstétricas, ustedes los médicos esperaban que de alguna manera se...

M: Mejorar la contención

Entrevistadora: Se transformara, o sea... que se supone que es el rol de las obstétricas ocuparse de la contención

M: La filosofía de la obstétrica está mucho más en ese aspecto, es más de contención que de asistencia mucho más, porque son los paradigmas que defienden las obstétricas es decir, están más en el cuidado personal, en los masajes, en la cosa, en el acompañamiento en todo lo que quizá la mamá, entre comillas "es mimada" durante ese proceso, la preparación, los ejercicios. Quizás en nuestro vademécum diríamos, para nosotros los médicos no está establecido eso, es más directo la cosa

Entrevistadora: Y no es tan esperable que un médico lo haga

M: No, hay algunos que lo hacen pero no es un leitmotiv (Entrevista jefe MGBA, 2014)

Una preocupación en torno a los problemas que aborda esta tesis son los modos en que las prácticas médicas resultan en productoras y reproductoras de desigualdades hacia las personas que atienden y sus violencias consecuentes. Sus prácticas en lugar de ser garantía de derechos, pueden reforzar injusticias y profundizar los modelos de género tradicionales del contexto social.

Y el momento del parto es un momento de tensiones múltiples, hay mucho stress y pueden suceder algunos imprevistos en ese proceso. El modelo de atención tecnocrático está en crisis y resiste a pesar de los cuestionamientos que recibe. Y a pesar de las leyes vigentes que protegen a las mujeres.

Él marca la diferencia entre asistencia y contención, entre lo tecnológico y lo emocional y espera que en su servicio las obstétricas se ocupen de lo segundo. La necesidad relacional para que ellos puedan individualizarse. Y que la atención se equilibre.

Aunque esto no es necesariamente así y expresa su preocupación.

M: una de las debilidades, es que unas de las cosas fue incorporar en las obstétricas era que el modelo hegemónico que tenemos nosotros muy asistencialista descuidábamos muchas veces hay médicos que no, que se yo sin ningún contenido humano que interpretábamos que con la incorporación de las obstétricas toda esa situación iba a mejorar, eh por eso también me llamaba mucho la atención en una variable como la cesárea yo no sé hasta qué punto hubo un buen control del trabajo de parto donde la contención, los ejercicios, hay barras en el centro obstétrico, caminatas, ayudarle a que el paciente tenga su parto normal, yo no sé eso también es un derecho y un respeto hacia el paciente. El modelo por ejemplo de asistir el parto en forma decúbito dorsal sin preguntar al paciente si lo quiere tener en cuclillas, también es un derecho y eso son todas conductas obstétricas que se están poniendo pero todavía culturalmente no está instalada si ustedes me dicen a mí con satisfacción no. No sé si un mecanismo devora al otro o viceversa pero tan aceitado como te dije lo otro, lo hegemónico digamos asistencial en lo social todavía cuesta

Entrevistadora: Ese tipo de cuestiones vos dices que depende más de las obstétricas

M: Obstétricas para mí sería, para mí sería la variable digamos así humana, es el déficit que nosotros...

E: Asimilaron más lo tecnológico

M: Y la obstétrica yo no sé es como si la obstétrica, como uno diría fue más chupeteada hacia la parte asistencial. La obstétrica cuando viene a ver cuál es el límite obstétrico y médico cuando vos te empezás a tratar el tema médico bueno esta mujer me tendría que hablar más de lo humanístico me está hablando más como médico que de lo humanístico ahora ese rol de repartir roles no está muy bien cimentada una cosa con la otra. Mirá que es muy fuerte, con lo asistencial muy fuerte vos sin darte cuenta que viniste con un criterio muy humanístico no sé si a 3, 4 meses estás hablando igual que...

M2: Nosotros lo que creemos que las obstétricas terminan haciéndose demasiado universitarias y se terminan yendo de la obstetricia, yo te lo digo V.P. es epidemióloga salió de la sala de parto o sea las obstétricas sabes que terminan haciendo? terminan saliendo de la sala de parto no quieren quedarse o sea para lo que fueron

M: Formadas, criadas

Entrevistadora: Bueno pero entonces...

M2: Yo creo que llega un momento a mí me da la impresión, a mí me da la impresión que tenés un desgaste, la sala de parto es un lugar de desgaste donde vos tenés que rotar personal el tema es que me da la impresión a veces que en determinadas líneas obstétricas se rota demasiado rápido o sea o se adscriben mucho a lo que es la conducta del médico (Entrevista jefe y subjefe servicio MGBA, 2014)

Aparentemente las obstétricas se han tecnocratizado y el vacío en los aspectos de la *contención* que ello deja, genera preocupación en los médicos entrevistados. Ante la pregunta de las debilidades del servicio ellos pusieron la responsabilidad de lo que *no está tan bien*, fuera de su grupo de profesionales. La culpa femenina, un clásico chivo expiatorio.

Y en otro hospital del gran Buenos Aires, para suplir esta falta de contención, para el acompañamiento de las mujeres han incorporado a las *Doulas*¹⁰¹. Estas son mujeres dedicadas al acompañamiento sin hacer ninguna intervención en el proceso. Solo que las doulas en ese servicio, trabajan sin remuneración.

¹⁰¹ Un grupo de Doulas presentó el proyecto para colaborar con la Maternidad de este Hospital. Comenzaron siendo 12 mujeres y hoy son 60 voluntarias que hacen guardias de seis horas y cubren toda la semana con un compromiso personal importante.

En la MSE ha crecido el número de obstétricas de manera importante en los últimos años que vienen a suplir la ausencia de profesionales médicos/as. Ellas/os cubren todas las rutinas del servicio de modo que la guardia funciona con su trabajo, ellas hacen la evolución de las mujeres en la historia clínica, valoran su estado general. La falta de médicos/as en el HSE es grave y los/as que han ingresado a las residencias de obstetricia han renunciado por el exceso de trabajo. Se les exige entonces que hagan trabajos de mayor responsabilidad y los/as médicos/as solo intervienen para una cesárea, o un legrado.

Hay una tensión entre estas dos profesiones que comparten las responsabilidades de los nacimientos. Darle más protagonismo a las obstétricas se supone que alivia el trabajo de los/as médicos/as a quienes les deja solamente las complicaciones. Aunque en los servicios privados tienen una actuación mínima por el gran porcentaje de cirugías cesáreas. De todas maneras el hecho de que el parto quede en manos de estas profesionales que son mayoría de mujeres no garantiza el buen trato y la violencia no disminuye. Conversando con una obstétrica que trabaja en la MSE le pregunto cómo definiría el clima que se respira en el ambiente laboral: malo, malhumor, enojo, malestar (Entrevista a SV de la MSE, abril 2017).

VI.4. La enseñanza de la medicina, el hospital como campo de prácticas

El proceso para alcanzar el título de médico/a requiere un enorme esfuerzo y dedicación al estudio que parece ser directamente proporcional a los beneficios posteriores que se obtienen tanto en términos de prestigio social, como así también económicos.

La formación de residentes es un momento de transición entre la obtención del título en la universidad y la necesaria especialización de postgrado. El total de años de formación de un/a médico/a es de alrededor de 10 años. Pero el momento de la residencia es el verdadero ritual de pasaje para poder acceder al ejercicio validado de la profesión. Una médica me dijo que cuando terminó su residencia el jefe del servicio le dijo: "Doctora, bienvenida al Olimpo". Una frase significativa que hace referencia a ese pasaje. Los rituales de pasaje constan de tres etapas; primero la separación de su entorno social, luego un período en el cual no están en un estado ni en otro y finalmente la integración a la nueva condición por parte de un grupo que lo incorpora (Davis-Floyd y St. John, 2004). La residencia médica (o de otras profesiones como las/os obstétricas/os) requiere una enorme dedicación de tiempo, que alcanza hasta las 90 horas semanales (cuaderno de campo, 2012) y lleva necesariamente a un abandono de su vida anterior. Un/a residente de primer año, hace hasta tres guardias por semana de 24 horas y luego tiene que permanecer en el servicio asignado 7 horas diarias mas. En el HGBA se logró una gran conquista

por parte de los/as residentes que es una compensación de un día post guardia.

Esta pedagogía de imponer una dedicación horaria excesiva, -compartida con los entrenamientos militares o monacales-, lleva a la reducción de la capacidad cognitiva, una pulverización que apunta a una nueva modelación. Erving Goffman (2001) plantea que las instituciones son capaces de deconstruir por medio de ceremonias de degradación y reconstruir la identidad, el sí mismo de los individuos. Esta reducción cognitiva, deja al/a residente receptivo al aprendizaje y la incorporación de nuevas categorías. Lleva a su vez a que se trabaje en automático con respuestas rápidas y en donde las opciones para la acción son binarias. Otro efecto de esta sobrecarga es el adormecimiento de las emociones, necesario para poder tomar decisiones fríamente y mantener la distancia positivista. Dice Turner (1979) citado por Robbie Davis-Floyd (2004:62) "la pasividad del neófito hacia sus instructores, su maleabilidad, que es acrecentada con una rigurosa sumisión, su reducción a una condición uniforme, son signos del proceso por medio del cual son degradados para hacer renovados".

E: ¿Cómo es el rol de los residentes de primero y segundo?

R2: Es todo escalonado. Cuando sos R1, sos el primero que llega, el que hace la sala, el R2 llega, obviamente ayuda igual, por ahí llega un poquito más tarde que el R1, controla las historias clínicas, controla que los procedimientos estén bien hechos, las indicaciones. El R3 supervisa todo y el R4 lo mismo. Pero básicamente el R1 viene, por ejemplo en el puerperio, cura a la paciente, hace la sala, hace las indicaciones, el R2 viene ve que esté todo hecho, si la paciente viene complicada la mira con el R1, viene el R3 la vuelve a mirar, y después hace el pase de sala a la mañana, y a lo último después del mediodía hacemos el pase que se ven todas las pacientes de alto riesgo y alguna que otra puerpera que esté complicada.

E: ¿A qué hora entran los de R1, por ejemplo?

R1: Yo entro 6:30 de la mañana y nos vamos... eso cambia también un montón... yo me voy como tarde a las 6 de la tarde, como una exageración. Y también lo que cambió un montón este año es que se implementaron en la parte de obstetricia el día posguardia que la verdad es que es excelente porque la guardia de obstetricia es mucho trabajo. Entonces, yo estuve de guardia ayer que fue un día en el que no había transporte público y dormí dos horas. En una guardia normal no podés ni siquiera acostarte, dormir 15 minutos. Es bastante estrés porque estás trabajando con embarazadas, con bebés recién nacidos, entonces es exigente. Y gracias a Dios implementaron la posguardia este año, hace poco, y eso quiere decir que todos los residentes que estuvieron de guardia al día siguiente hacen sus actividades de la mañana y después se pueden ir; en realidad, manejamos horarios de entre la 1 y las 2 de la tarde te podés ir. Está muy bueno porque te permite descansar, también poder leer algo, tener alguna relación con algún familiar... tener alguna vida. Y si no, el día normal entrás 6:30 de la mañana y te vas más o menos a las 5 o 6 de la tarde.

E: ¿Y vos a qué hora entrás?

R2: A las 7, 7 y cuarto, y nos vamos a las 5... ellos se van a las 6.

E: ¿El R1 es el que tiene carga horaria más amplia?

R1: Sí, porque el R1 es el que más temprano llega y el que más tarde se va porque le queda hacer todo lo que quedó. (Grupo focal residentes MGBA, 2014)

R1: ... nosotros no tenemos tiempo a veces ni de conocer lo que está pasando. Y vamos a ser sinceros, la ley de parto humanizado yo no la conocía, y no sabía que

estaba en vigencia. Sinceramente, o sea es algo que...

R: yo tampoco (todos)

R1: o sea mi vida aquí, las 24 horas del día, volver a la casa a las 6 de la tarde, y yo tengo un hijo, tengo un hijo, tengo un hijo. Y hay que bañarse, hay que cocinar, hay que cambiar el chico, y entonces no nos da tiempo.

R2: estamos aislados, desinformados. (GF residentes MSE, 2007)

Nosotros somos residentes no tenemos derecho a nada (GF residentes MSE, 2007)

Yo lo que les pido, abran la cabeza, porque esos casos que yo te digo por ahí es del que más ha comido, más ha dormido, es feo primer año te pasás toda la semana sin dormir, te putea el de segundo, el de tercero, el jefe, la jefa de residencia y todos los que vienen a mañana siguiente... (GF residentes MSE, 2007)

En el primer año de residencia hay una degradación de la persona a la que se le destinan las tareas menos gratas y aquellas que el resto no quiere realizar. Ya se dijo como en la MSE se les asigna la atención de las mujeres que llegan con aborto en curso y esto se percibe como un castigo.

El aprendizaje en la residencia es práctico y por imitación, se ve, se aprende y luego se hace - en el mejor de los casos ante la mirada de un/a instructor/a o un/a residente con un año más de experiencia-, y luego esa persona que ya aprendió repite el procedimiento.

Entrevistadora: ¿Y por qué le ponen un suero a todas las mujeres en el trabajo de parto?, ¿para prepararse para una complicación?

Obstétrico: Porque ya viene de generación en generación (Entrevista obstétrico MGBA, 2015)

Es tan simple como esto. Se hace así y no hay tiempo para preguntarse por qué. Esto hace de la medicina una técnica que se aleja de una característica científica que es la duda y de la búsqueda de evidencias como fundamento de aquello que se realiza. De esta manera nos podemos preguntar los motivos para asistir el parto en la posición acostada o la realización de la episiotomía de manera rutinaria. Viene de generación en generación, y aquello que se aprende, se internaliza y se hace habitus, requiere de un gran esfuerzo de la conciencia para ser modificado.

En el inicio de la formación de las disciplinas médicas, se introduce en el conocimiento y exploración de la anatomía con personas muertas, cadáveres, preparados anatómicos que exponen los cuerpos seccionados. Los primeros contactos de los/las estudiantes es con un brazo, una pierna, un corazón, que les permite conocer músculos, vasos, tejidos y comprender su funcionamiento. Son cuerpos anónimos, fragmentados, sin identidad y son propiedad de la escuela de medicina, usados por profesores/as y estudiantes. Los/las estudiantes se familiarizan con los cuerpos-objeto y establecen una relación inicial entre los preparados anatómicos y su propia subjetividad. Deben vincularse con una parte de un cuerpo, que si bien es idéntica a una parte del propio cuerpo es ajena, distante y muerta (Arenas, Canevari e Isac, 2008). Desde esta perspectiva

el cuerpo es una máquina que está alejada de la persona que podemos aquí relacionar con esta racionalidad científica que tratamos en el Capítulo I, que separa la mente del cuerpo, y la razón de las emociones o el modelo tecnocrático presentado en el Capítulo III.

En un Hospital escuela se enseña y se aprende y en este proceso se conforma un triángulo: estudiantes, docentes y el campo de las prácticas, que tiene como soporte material los cuerpos, en este caso de las mujeres. Cuando los/las estudiantes de medicina proceden a trabajar con personas vivas, ellas quedan en condición de objeto. Y las mujeres se perciben a sí mismas como tales, María Elena utiliza una metáfora de sentirse un pizarrón.

... estaba acostada con las piernas abiertas, y la médica me revisaba frente a los alumnos, les explicaba, señalaba y tocaban. Me tenían ahí, mis partes íntimas eran su pizarrón. Sentía mucha vergüenza (María Elena, HSE 2008).

Y confirman los residentes:

R: en la sala de parto, también lo que habíamos dicho, no solamente está el médico que hace el parto, sino que también está el enfermero, el que toma la identificación, las estudiantes de obstetricia, las concurrentes de obstetricia. A veces son 7 u 8 personas delante de la vagina de la dama (Grupo focal residentes medicina MSE, 2008)

El testimonio de Beatriz también habla de esa exposición y maltrato:

En realidad no he tenido yo experiencias muy visibles entre sí, la única vez que he recibido yo, -no sé si se llama maltrato o falta de respeto para mí sería-, era cuando en el parto anterior, de la chiquita que tiene 4 años, el médico ha entrado a la sala, casi sin, sin hablar, sin nada, se ha dispuesto a atender el parto, acompañado como de 6 o 7 estudiantes de obstetricia, mujeres y varones jovencitos. A mí me causaba así mucha vergüenza estar así y bueno y por momentos sí te ayudaban los chicos, pero la mayoría estaban con sus cuadernos al frente de la madre, de mí, y eso me había dejado así, medio, medio como que han avasallado mi intimidad. Y ahora cuando estaba embarazada del último chiquito, tenía como temor de volver a pasar por esa experiencia. Entonces yo le había preguntado al médico, -me ha atendido el Doctor X durante todo el embarazo-, si eso era legal, si era obligatorio, o sea si yo, no podía decirle que no al médico y me había dicho él que no, que no era así, ellos me tenían que haber pedido a mí permiso, porque como no estoy inconsciente yo. Incluso el médico ese día, hace la prueba a todos los estudiantes, porque decía que no había momento más propicio para estudiar el cuerpo humano, que ese momento del parto, entonces, él ahí, yo estaba en ese momento, pero no podía darle una patada al tipo, porque yo estaba que había tenido un parto fuerte, muy doloroso, muy trabajado, estaba muy cansada, muy agotada y muy dolorida, uno está muy amortiguada de las piernas para abajo y él le enseñaba a los estudiantes dónde estaba el útero, metía los dedos, volvía a meter y volvía a meter varias veces. Y levantaba el útero, o sea, que les hacía que toquen ellos y yo no podía ni tenía aliento po, estaba claro que recién había terminado el parto, estaba con la bebé afuera, incluso cuando le pregunto a él qué era -porque yo no sabía el sexo- porque a mí con las ecografías no me habían avisado y le digo ¿qué es? Que me diga si era mujer o varón, y me dice Un bebé (Beatriz, MSE. 2007).

Lo significativo es imaginar que esta escena relatada por Beatriz transcurre en un espacio de

enseñanza. El docente no solamente está transmitiéndole a los/las estudiantes los conocimientos teóricos y prácticos sobre la atención del parto, sino que también está dando el ejemplo de cuál es el trato que merecen las mujeres a quienes se atiende. Beatriz comienza diciendo que no ha tenido experiencias muy visibles, como un reflejo de la invisibilidad y a medida que avanza en el relato, va recordando y tomando conciencia creciente de la violencia recibida, que llega a despertar en ella el deseo de darle una patada al médico. Y la insistencia terrible del meter los dedos y volver a meter, resulta estremecedor. Y el punto cúlmine es cuando ella agotada, pregunta el sexo de su hijo, al tal punto es considerada un objeto, que de manera perversa no le informan si ha nacido un niño o una niña. Este relato es un reflejo fiel de la metáfora del cuerpo de las mujeres como objeto (Canevari, 2011) y además en términos de Rita Segato es una pedagogía de la crueldad que es necesaria para la insensibilización ante la violencia. De este modo da cuenta del proceso de aprendizaje y de naturalización de la violencia que promueve una normalidad de la crueldad con umbrales de tolerancia cada vez más altos y la ruptura de vínculos empáticos (Segato, 2016). Roberto Castro (2011:128) plantea que "la génesis escolar de un habitus profesional autoritario juega un rol determinante en la violación de los derechos de las mujeres". Afirma además que los aprendizajes se focalizan para trabajar con las incertidumbres, con la atención distante, el manejo de errores y fracasos, además de cierto cinismo (Castro, 2014b).

Este tipo de alienación se aprende y se entrenó durante los largos años de la academia, donde a los estudiantes se les enseña a evitar la implicación emocional con sus pacientes. A pesar de que el toque y el cuidado afectuoso son herramientas poderosas para un trabajo de parto, es raro ver a los/as profesionales que den apoyo emocional a las parturientas (Davis- Floyd 2000).

VI.5. Sobre la duración del embarazo y otras dudas de la ciencia médica

Esta pregunta parece sencilla y cualquier mujer del pueblo lo sabe: dura nueve lunas. Sin embargo esta respuesta simple no parece dirimirse fácilmente para la medicina moderna que insiste en presentarse como sostenida en basamentos científicos y en un proceso que marcha irreversiblemente hacia el progreso. Sin embargo parece evidente que en la historia reciente de la medicina obstétrica durante el siglo XX se han impuesto diferentes "verdades" científicas, que luego son desplazadas por otras nuevas que paradójicamente también son científicas.

Asuntos elementales como la duración de un embarazo sigue siendo objeto de debates y encuentro allí un tema político que aún no alcanzo a dimensionar y al cual le he dedicado conversaciones con varias/os profesionales de la salud. En las últimas décadas hubo un cambio en los modos de medición del embarazo en lo que se refiere al punto de partida para hacer el conteo. Antes se comenzaba el conteo a partir de la posible fecha de la concepción y hoy se considera

diez o catorce días antes, o sea la fecha de la última menstruación. Según una médica obstetra ya jubilada del hospital: "antes se hacía la medición a partir de la fecha de la última menstruación, se le sumaban diez días y se comenzaba el conteo de las semanas. Luego apareció la "ruedita" (gestograma) y todo se enredó" (Entrevista a DG, 2015). El gestograma comienza a contar las semanas de embarazo a partir de la fecha de la última menstruación, cuando las mujeres en realidad no están embarazadas aún.

Dice un médico más joven ante mi consulta:

Para que no haya dudas ni confusiones, el tiempo de gestación desde la concepción, no cuenta. Todo el sistema está estandarizado en la FUM (fecha de la última menstruación). De esta manera todo se mide bajo el mismo patrón: las edades gestacionales, los pretérminos, los post términos, las evaluaciones de Capurro para determinar la edad del recién nacido por examen físico, las ecografías. En todo el mundo -hasta donde sé- se habla el mismo idioma (Entrevista a ME, MGBA, 2015).

Este no es un tema menor, porque este cálculo es la base sobre la cual se toma la decisión de una intervención para dar fin a un embarazo porque se considera que existen riesgos o los límites para un aborto legal. De esta manera habría dos semanas que cuentan como si la mujer estuviera embarazada y en realidad no lo está. Pero la duración del embarazo sigue siendo la tradicional, de 38 a 42 semanas, de manera tal que cuando una gestación cumple las 42 semanas x FUM se propone la finalización.

Si consideramos los márgenes de error de las tecnologías de diagnóstico, y los debates respecto a la duración del parto, las mujeres, sus hijos/as y sus cuerpos están expuestas a incertidumbres que habitualmente no entran en consideración cuando llega el momento de intervenir con la decisión de terminar el embarazo.

Para aclarar un poco más, hay prioritariamente dos maneras de hacer el cálculo de las semanas de embarazo. Una es por la fecha de la última menstruación y la otra por el tamaño que se calcula con la ecografía. Por lo general los/as médicos/as optan por estimar las semanas de embarazo según la imagen ecográfica, dándole poca confianza a la información que brindan las mujeres mismas o al examen físico. No se considera una información significativa en la primera consulta a una mujer que comienza un embarazo, la propia estimación de la fecha en que pudiera haber quedado embarazada. Este sería el dato más certero. Se subestima a las mujeres y se confía más en la tecnología que tiene un significativo margen de error.

Cabe destacar que en los informes ecográficos se hace una estimación de la edad gestacional que en las primeras semanas es de (+-) una semana; y a medida que progresa el embarazo aumenta el margen de error a (+-) 15 días. Hay que considerar además que las personas presentan una variedad de tamaños que habría que definir por regiones.

Y ¿qué pasaría en los casos de los proyectos de ley de legalización del aborto presentados ante el Congreso de la Nación que proponen la legalidad de la interrupción hasta la semana 12 o 14? ¿No se le están agregando dos semanas a un embarazo cuando no ha comenzado aún? Una

joven tuvo el primer día de su última menstruación el 1 de marzo, y la violan el día 12 de marzo y el 30 se entera que está embarazada. ¿Cómo explicarle a ella que para la medicina su embarazo tiene cuatro semanas cuando en verdad solo pasaron dos? Y luego los grupos fundamentalistas religiosos muestran las imágenes con un *salven al bebido* a las ocho semanas o 16... ¿de qué semanas estamos hablando? Cuando un/a estudiante de medicina u obstetricia cursa embriología, ¿qué criterios de conteo de semanas se consideran? Obviamente las reales y no las creadas por convención.

En este contexto es significativo que a comienzos del 2013 una asociación norteamericana de obstetricia redefinió el número de semanas a considerar para un embarazo a término, modificando así criterios instalados en la cultura médica. Los textos de medicina definen la duración del embarazo entre 38 a 42 semanas, y afirman que el feto está maduro desde la semana 37. Sin embargo, recientemente en el *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), se propuso redefinir la gestación a término a las 39 semanas (Pérez Lopez, 2015). El embarazo ahora, debe considerarse dos semanas más largo desde la perspectiva de esta prestigiosa sociedad médica. (The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, 2013).

Este hecho, de que una sociedad médica modifique algo tan elemental como las semanas que se considera que el feto está maduro y por ende desde cuándo se debe admitir la posibilidad de hacer una cesárea, habla de las modas que de manera recurrente se instalan en las ciencias médicas como prácticas - verdades incuestionables. Y la medicina se presenta como una ciencia que basa sus conocimientos en evidencias, pero nos encontramos que sus conocimientos se basan de manera prioritaria en los aprendizajes a partir de la relación entre pares (Wagner, 1998). Estas prácticas médicas que en su momento se consagraban como incuestionables y hoy son reemplazadas, dan cuenta del dinamismo de la medicina y cómo algunos saberes que se presentan como científicos, están sostenidos por costumbres, por imitación, por aprendizajes entre pares y en ocasiones con precarias o nulas evidencias. Estas "verdades transitorias" dejan ver a su vez, las disputas de poder que circulan en este campo de conocimientos y sus prácticas, además del carácter político de las mismas.

Claro es que esta redefinición de cuánto dura un embarazo responde a la preocupación por el crecimiento de las cirugías cesáreas que se hacen de modo anticipado por las difusas valoraciones del tiempo del embarazo o respondiendo a los intereses arbitrarios del/a médico/a, y que resulta luego en el colapso de las neonatologías. Hay un crecimiento desproporcionado de internaciones en terapias neonatales que no es solamente un problema en nuestro país.

Ya mencioné y cabe volver ahora a sobre el libro de Barbara Ehrenreich y Deirdre English (1990) *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. En este bello trabajo ellas recopilan diferentes consejos que expertos han ido dando a las mujeres en EEUU a largo de un siglo y medio referentes a su salud. Lo que muestran es los cambios de criterios, las

desopilancias y contradicciones.

Y en este sentido parece ser similar la historia de la medicina que durante el siglo XX se han impuesto diferentes modas que se instalan como verdades científicas, para luego ser desplazadas por otras nuevas verdades que paradójicamente también son científicas. Algunas de estas modas son por ejemplo el rasurado púbico por una cuestión de higiene y la enema para la evacuación del intestino con el argumento que se liberaba así el canal del parto, prácticas que se ha recomendado su abandono. Se afirmaba que las mujeres no debían comer ni beber durante el trabajo de parto y se desaconsejaba que caminaran, cuestión que ya se ha dejado de lado. De la misma manera el uso del fórceps tiene fuertes cuestionamientos, como así también la realización de una episiotomía rutinaria a todas las mujeres que tienen su primer parto. Hace algunas décadas atrás en cuanto nacía el/la bebe/a se lo llevaban primero para ser revisado y luego se internaba en una nursery. Hoy se promueve el contacto inmediato entre la madre y el/la niño/a y la internación conjunta. En los años '50 se promovió el uso de las leches maternizadas con el impulso de los intereses de Nestlé y era frecuente que el primer alimento que recibiera un/a niño/a fuera una mamadera. Esto hoy parece un verdadero anacronismo y nadie en su sano juicio se animaría a defender la alimentación artificial, mientras que la mujer quiera y pueda dar de mamar. La realización del monitoreo fetal de manera extendida se está retrayendo actualmente porque se ha "demostrado" que arroja resultados que pueden ser contraproducentes para las decisiones médicas.

Y si se instalan modas en la medicina no es porque necesariamente se busca algo mejor, sino algo diferente. Se cambian los tratamientos, medicamentos y la medicina se presenta como una reiterada superación de sí misma con una apariencia de perfeccionamiento que ofrece más y mejor salud, aunque en verdad lo que ofrece es más medicación y tecnología.

La medicina desplazó a las parteras y a las familias del parto y ahora hay un lento retorno a la valoración mundial del trabajo de las parteras y de la presencia de al menos un/a acompañante. La posición acostada se impuso como la única y la más funcional y actualmente hay muchas voces "científicas" que demuestran que el parto vertical es más seguro (Badillo Romero, 2015) o que se debe respetar la posición que las mujeres deseen o se sientan cómodas. Hay también otra tendencia que intenta demostrar la seguridad en el parto domiciliario, que se presenta aún como un difícil desafío.

Estos consejos médicos que hasta hace pocos años se consagraban como incuestionables y hoy son reemplazados por otros, dan cuenta de que algunos saberes se promueven como científicos y en verdad están sostenidos por costumbres, por aprendizajes entre pares y con precarias o nulas evidencias. Estas *verdades transitorias* dejan ver a su vez, las disputas de poder que circulan en este campo de conocimientos y prácticas. Reafirma a su vez el hecho de que el conocimiento médico (como cualquier otro conocimiento) está intersectado por cuestiones sociales, económicas y políticas.

Pero a modo de cierre de un argumento que comenzó en el Capítulo I con la descripción de las ganancias de los multimillonarios en un avance sobre renovados territorios que para nuestro caso es el cuerpo de las personas y particularmente de las mujeres, traigo un tema que también se vincula con este revestimiento de cientificidad de la medicina.

Las vacunas fueron desarrolladas por primera vez a fines del siglo XVIII por Edward Jenner (1740-1823), para combatir la viruela que azotaba Europa, provocando epidemias y muertes. Este descubrimiento fue una revolución para la salud pública, quizás marque el inicio de la misma. Esta posibilidad concreta de salvar a las poblaciones de las enfermedades y la muerte, también opera subjetivamente incorporando la idea de las vacunas a esa salvación. Así la humanidad aguarda que los/as científicos/as encuentren la vacuna para otros tantos males como el HIV, el chagas, hasta el mismo cáncer. La idea de la salvación viene a calmar los temores ciertos a la muerte, pero sobre todo el miedo a las epidemias. Así la producción de vacunas ha crecido en las últimas décadas y el calendario de vacunación contiene ahora una cantidad importante de ellas que se aplican desde el momento mismo del nacimiento. Hay importantes movimientos que cuestionan el uso indiscriminado de ellas y cada vez hay más madres y padres que se oponen a que sus hijos/as sean vacunados.

Pero claro que también hay una asociación estrecha entre las vacunas y el enorme enriquecimiento de las multinacionales farmacéuticas. Porque cuando un estado incorpora una vacuna en su calendario, genera compras que son millonarias. Considerar que los laboratorios trabajan por la salud mundial es un tanto inocente. Nos presentan estos temas como si fueran asuntos moleculares y encubren otras intenciones. Desconocer las mafias que operan detrás de estas decisiones de políticas sanitarias, también lo es¹⁰².

Un ejemplo preocupante es la incorporación en Argentina a partir del año 2011 de la vacuna para prevenir el contagio del HPV en el calendario obligatorio para todas las niñas (y ahora también de los niños) de 11 años. Esta vacuna está muy cuestionada por su efectividad, por sus efectos nocivos y que ha sido inclusive prohibida en otros países. Aquí se la promociona como la mejor herramienta de prevención para el cáncer de cuello de útero. Las investigaciones en la etapa de pruebas experimentales se han llevado adelante con niñas que hoy son jóvenes de unos 25 o 30 años, de modo tal que las probabilidades de tener cáncer son bajas. Además de que estas vacunas abarcan solo un número limitado de cepas del virus.

En España hay una organización que reúne a familiares de niñas que sufren los efectos nocivos

¹⁰²Daniel Gollan que fue ministro de salud en los últimos meses del gobierno de la presidenta Cristina Fernández buscó crear en el Consejo de Salud Suramericano -que es un órgano de la Unasur-, un bloque para negociar y frenar los abusos arbitrarios en los precios de los medicamentos. <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-281333-2015-09-10.html>.

Las presiones de las farmacológicas sobre las políticas sanitarias de los países no son nuevas y se renuevan periódicamente. La película *Sicko* de Michel Moore ilustra bien el accionar en Estados Unidos.

El Estado invierte en investigaciones y las mafias sobrevuelan el CONICET (u otros organismos) para rapiñar un descubrimiento con presiones que comienzan con el/la investigador/a para continuar con la línea de mando (Entrevista a FR investigador del CONICET, 2016).

de las vacunas que van desde muertes hasta daños neurológicos leves¹⁰³. En Colombia hubo un incidente en el año 2014, en donde 200 niñas sufrieron desmayos luego de la aplicación de la vacuna en la escuela. Curiosamente el ministro de salud afirmó que las niñas fueron afectadas por una suerte de psicosis colectiva que llevó a que se desmayaran tantas juntas¹⁰⁴.

Esta incorporación que tiene objetivos comerciales y políticos (aunque se planteen como sanitarios) especula con este valor simbólico -positivo y salvador- que contiene el término *vacuna*.

El lanzamiento vino con una campaña de difusión importante que logró que en menos de dos semanas todo el país la conociera y la deseara. Lamentablemente no se invierte tanto esfuerzo mediático para la difusión de los derechos sexuales y reproductivos o para llevar adelante una campaña para la realización de PAP.¹⁰⁵

¹⁰³ Asociación de Afectadas por la vacuna del papiloma. <http://asociacion.aavp.es>.

¹⁰⁴ <http://www.lanacion.com.ar/1722793-el-misterio-detras-del-desmayo-de-200-ninas-en-colombia>.

¹⁰⁵ En España un juez dictó una sentencia (abril, 2013) por la muerte de una niña y dice «la menor de edad falleció en el Hospital Central de Asturias, en Oviedo, el 8 de septiembre de 2012, por parada cardio respiratoria con hipoxia, que provocó un coma y daño cerebral irreversible. Todo ello se produjo como consecuencia de una reacción a la vacuna contra el papiloma humano que le había sido administrada». <http://www.elcomercio.es/v/20130407/asturias/sentencia-atribuye-muerte-nina-20130407.html>

Tercera parte
Conclusiones

Consideraciones finales

Cuando comencé hace diez años a trabajar con este tema si bien había antecedentes, no dejaba de ser un tema periférico tanto dentro de la producción académica como en los grupos que promovían el parto humanizado/ respetado y sólo conocía algunas experiencias aisladas dentro de las organizaciones de mujeres o los feminismos nacionales. He visto y experimentado el crecimiento en el interés sobre los nacimientos, la búsqueda de la eliminación de la violencia y el cuestionamiento a la medicina como expoliadora de los cuerpos y los procesos vitales de las mujeres.

Hay una reiterada pregunta que nos hacen los/las periodistas a las feministas cuando hablamos de las violencias patriarcales: ¿efectivamente hay más violencia contra las mujeres o es que ahora se menciona más y por eso se hace más visible? Por lo general respondo que es posible que ocurran los dos fenómenos simultáneamente, que haya aumentado y que se hable más. Pero si me refiero a la violencia obstétrica la respuesta es que la violencia ha aumentado de manera significativa. Porque asistimos a una confluencia de procesos y particularmente a la tecnocratización brutal de la medicina que conlleva a que además de la persecución de las ganancias que arrasa con los valores éticos, resulta también en una mayor objetualización de las personas, y en una ruptura de las relaciones vinculares. El creciente proceso de visibilización también ha permitido dar cuenta de la ubicuidad del fenómeno, porque transcurre en todos los ámbitos donde ocurren nacimientos incluido el domicilio¹⁰⁶. Es verdad que en esta tesis hemos priorizado las observaciones realizadas en hospitales públicos, pero sin embargo esto no quita que el modelo tecnocrático se instale. Porque el fenómeno de la violencia de la medicina bio tecnofarmacocrática no está necesariamente ligado al hecho de que los servicios sean públicos o privados. Por cierto que hay menos cesáreas injustificadas en el público. Tampoco está claro que la violencia sea siempre visible y como ya dijimos el poder patriarcal opera con estrategias libidinales para la conquista, domesticación.

Ha quedado claro que afirmar que la medicina es patriarcal -solamente- sesga la mirada. La medicina es un negocio que mueve intereses transnacionales y opera con un poder que juega sobre aspectos sensibles de la vida y la muerte de las personas, que especula con el miedo a la enfermedad, y que hace de cada evento temible un ingreso monetario mayúsculo. Y su plusvalía tiene una base femenina siendo éste (el trabajo y sus productos) uno de los elementos definidos por Aníbal Quijano en la conceptualización del poder.

El conocimiento racional - moderno de la medicina se impuso de manera universal en el

¹⁰⁶Tuvimos oportunidad de conocer los detalles de una denuncia que hace una mujer por la desatención de su partera a quien había contratado para tener un parto en el domicilio en la provincia de Mendoza.

mundo occidental subalternizando todos los otros modos de acercarse al conocimiento, negando los aspectos emocionales y marcando una superioridad arrogante que coloniza los territorios y las subjetividades a partir de una geopolítica con intenciones de supremacía. Esta colonialidad del poder se imprime de la mano de discursos, prácticas o miradas sobre el mundo que son patriarcapitalistas dando cuenta de la multiplicidad de intereses que se mueven dentro de la industria médica.

El proceso de acumulación originaria no se ha detenido y cada vez que el capitalismo enfrenta una nueva crisis, la respuesta se traduce en nuevas violencias, nuevos despojos. A los recursos naturales, las tierras campesinas/ indígenas y los cuerpos. Transitamos nuevas formas de bioexplotación, ya no sustentadas solamente en el trabajo sino en los modos en que nos vinculamos con nuestros cuerpos y en cómo resolvemos los procesos de salud. Las farmacias se asemejan cada vez más a un supermercado, con góndolas donde se eligen diferentes productos, y en el mostrador podemos pedir casi todos los medicamentos aún sin contar con una receta. Las mujeres van también a la consulta de un/a médico/a y eligen el talle para una mama, la succión de un rollito y la cesárea para tal o cual fecha (y hora). Una curiosa forma de un fenómeno que podríamos denominar *medicina a la carta*.

La medicina se ha sumado al proyecto capitalista y a la colonialidad del poder, ejercido sobre los cuerpos, las prácticas cotidianas y las subjetividades. Caben aquí abrir interrogantes sobre la colonización del deseo, de la libido que ya mencionamos (Castro Gómez, 2005). Las mujeres en ocasiones desean lo que desea la medicina. Este sería por ejemplo el caso de la cesárea como un fenómeno que en el sector privado (también en muchos hospitales públicos) ha crecido de modo exponencial y los/as profesionales se escudan en que son las propias mujeres quienes piden la cirugía. Ellas ya no son necesariamente víctimas de la autoridad, sino que comparten el deseo con el poder. La cirugía se les presenta como una práctica sencilla y sin complicaciones encubriendo los numerosos riesgos a los que se exponen. Asistimos a un complejo proceso de medicalización de la vida cotidiana, y de patologización de procesos normales, con delicadas tareas que requieren trazar límites, correr el velo a nuevas expresiones de la dominación.

Y la violencia se ha encarnado en gran parte de la relación médica, está subjetivada, está naturalizada de modo que su erradicación requiere una tarea enorme. Desde las primeras palabras traje la idea de lo bárbaro comprendido como una amenaza por parte de ciertas lógicas de mercado y económicas que se instalan conquistando modos de ver, sentir, consumir y hacer. Pero sobre todo modos de establecer vínculos desapegados, distantes, indiferentes. Y también dije que no podríamos verlo en su inmensidad y que podría aportar esbozos fragmentarios.

Y si el proceso de concentración de la riqueza se presenta con tal nivel de aceleración como vimos en el primer capítulo, y si el *despiadado apetito* se ha trasladado a los negocios vinculados a la salud, estamos frente a un contrincante de enorme poder que nos desafía a la inteligencia y el

desarrollo de creativas herramientas políticas para la transformación^{107 108}. Y sabemos que este contrincante no tiene ética ni rostro, trabaja en las sombras moviendo hilos para sus intereses.

Y además este proceso se ha recrudecido con la reinstalación de las ya conocidas recetas del neoliberalismo que profundizan aún más las existentes desigualdades, reducen el Estado y sus servicios, alientan la privatización de los mismos y la precarización de los/as trabajadores, profesionales o no. Aunque el achicamiento del Estado para los servicios de salud no implica una disminución del gasto en salud sino un cambio en la composición del gasto y estableciendo una alianza entre el capital privado y el Estado.

En este escenario tan complejo como desalentador, se le suma una embestida reciente contra la ideología de género¹⁰⁹ que se asoma como discurso que pretende disciplinar y redomesticar a las mujeres. Juan Marco Vaggione plantea que esta moral religiosa conservadora es funcional al despliegue neoliberal y apunta a contrarrestar los avances en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos. Y recupera Vaggione a Wendy Brown que afirma que "el neoliberalismo en tanto racionalidad del mercado precisa del neoconservadurismo en tanto racionalidad moral. Mientras el Estado fragiliza el sostenimiento de los principales servicios públicos fortalece, según la autora, su rol de guardián moral. A ello se agrega que un estado que busca desprenderse de la educación o la salud se vuelve cada vez más dependiente de las instituciones religiosas como prestatarias de estos servicios" (Vaggione, 2017). Quieren mujeres disciplinadas para que seamos funcionales a la economía que se retira una vez más de las necesidades de los grupos reiteradamente vulnerados.

Trazos a modo de comparaciones

Durante estos años, he transitado por dos realidades institucionales diferentes y la tesis recorre las dinámicas de las miradas sobre una y otra maternidad. Las realidades tienen aspectos que las igualan respecto a los marcos generales, cuando nos referimos al patriarcado médico, sus prácticas naturalizadas, su tecnocracia y las dificultades para conocer y garantizar los derechos de las mujeres y su entorno familiar. Comencé en Santiago del Estero y allí me encontré reiteradas violaciones a los derechos de las mujeres, que cuando llegué a Buenos Aires traía una serie de

¹⁰⁷ Mientras voy trabajando en el proceso de escritura de esta tesis, leo el informe de Oxfam del año 2016. Allí anuncia que tan sólo 8 personas (8 varones en realidad) poseen ya la misma riqueza que 3.600 millones de personas, la mitad más pobre de la humanidad (Oxfam, 2017).

¹⁰⁸ Estos avances se dan también en el mundo del trabajo y las mujeres son víctimas de estos avances con las maquilas, la trata, y otras expresiones sutiles (o no).

¹⁰⁹ Hay un discurso que comienza a emerger y que viene de grupos que podríamos llamar de fundamentalismos patriarcales moralistas previsiblemente vinculados a sectores religiosos conservadores. Se escucharon en Brasil cuando fue el golpe de Temer o en persecuciones al interior de universidades católicas de ese país, en Colombia para la campaña por el no en el plebiscito por la paz, y ayer mismo (9 de mayo del 2017) en Santiago del Estero en una comunicación de una ONG internacional (Citizengo) en contra de un Congreso sobre Educación Sexual Integral que se desarrolla en estos días. Acusando a sus principales organizadores de ser gay y travesti para desprestigiar el evento.

supuestos que tuve que ir revisando. Porque si bien me encontré con una matriz de relaciones de poder semejantes, esto no configuraba un todo y además me nublabo de alguna manera la vista impregnada de prejuicios. Hay diferencias sustanciales entre las dos maternidades aunque ambas tengan dinámicas medicocentristas. Ambas están al interior de grandes hospitales, pero la MSE atiende un número mayor de mujeres por año que la del GBA.

Ambas son hospitales escuela, pero en BA este hecho se traduce en ambientes de formación, con ateneos, aula, evaluaciones, clases, supervisiones. En Santiago se eliminó el espacio del aula, no hay ateneos, ni pases de sala. Son aspectos que hablan de la desvalorización de la enseñanza que queda librada a la relación entre el/la docente o tutor/a y el/la estudiante. En el HGBA se permite y hasta alienta la investigación, en cambio en SE se obstaculiza, se filtra, se impide.

El aire que se respira, el trato que se observa, el discurso de lo políticamente correcto, el esfuerzo por ofrecer calidad en la atención, el prestigio institucional (visto desde adentro y afuera) son solo algunas de las dimensiones que permiten estimar una comparación que pone a la MSE en condiciones de afirmar que el trato brindado resulta en una mayor vulneración a los derechos de las mujeres en un orden de status mas jerarquizado y racista. Si hay algo contagioso en la violencia al interior de la vida de las instituciones podríamos afirmar que hay allí una epidemia, y que hay instituciones que operan como violentogénicas con resistencias a lo que se presenta como instituyente.

Naturaleza y cultura

A partir de la afirmación de Simone de Beauvoir sobre que las mujeres no nacen sino que se hacen, se despliega una intensa tarea de mostrar cómo ese vínculo normativo de las mujeres en tanto seres sexuadas con la naturaleza se constituye en una suerte de prisión que nos impone desde la maternidad a la heterosexualidad, con argumentos que sustentaron por ejemplo las buenas razones por las cuales las mujeres no podían votar porque el ciclo menstrual alteraba su humor y les quitaba capacidad crítica. Son innumerables los discursos que sostuvieron la inferioridad basada en nuestra biología que el feminismo tuvo la tarea de desmontar, denunciar, develar. El problema -es claro- no es la biología sino cómo esas atribuciones biológicas están vinculadas a posiciones sociales, y cómo se transforman en opresiones y subordinaciones.

Donna Haraway (1991) dice que las feministas nos hemos alzado contra el determinismo biológico a favor del construccionismo social, y de esta manera ha habido un período de cuarentena para que las teorías de género no se contaminen de las infecciones del sexo biológico. Pero en el campo de las disciplinas científicas también hay una histórica disputa entre las ciencias sociales y las ciencias de la vida con expresiones que buscan darle valor al determinismo

biológico, que defiende cierta animalidad humana¹¹⁰.

El resultado ha sido que de alguna manera este esfuerzo ha puesto el énfasis en lo socio-cultural como lo propio del género y dejando de lado las características vinculadas a lo biológico. Y posiblemente caímos en la trampa de trabajar las categorías de naturaleza y cultura como binarias tal como lo propone el pensamiento racional científico moderno. De alguna manera los temas asociados a la *naturaleza o biología* femenina pasaron a tener un lugar de menor importancia tanto en los debates como en las luchas reivindicatorias. Anne Fausto Sterling (2000) alerta sobre esta omisión y da una valoración al peso de los componentes biológicos a la hora de la construcción de lo femenino y masculino. Porque de alguna manera estimamos que lo biológico venía dado, estaba quieto, y teníamos que buscar las maneras de liberarnos de esa prisión. Y posiblemente cuando nos referimos al embarazo y al parto estamos frente a una expresión de la evidencia de cómo lo natural pervive en lo humano. Y hay una magia que se respira al contemplar un nacimiento como un evento que podríamos describir como un híbrido entre la naturaleza y la cultura¹¹¹ que contiene una gran emotividad.

Esta "oposición entre naturaleza y cultura –el llamado dualismo cartesiano– devino así un supuesto incuestionable de la antropología cultural. La noción clave de *cultura* –hoy día tan ubicua como ambigua– se desarrolló en la pugna intelectual inconclusa de las ciencias sociales contra el afán de las ciencias de la vida en reducir la conducta y la variedad cultural humanas a factores biológicos, es decir, naturales y hereditarios" (Stolcke, 2011:6).

Pero si existe una mirada sobre los seres humanos que trasciende la historia, es la integración entre las cuestiones biológicas, las psicológicas y las relacionadas con el entorno social. Si aquí hay alguna verdad, y es posible que cuando hay sufrimientos psicológicos o sociales las personas expresen las consecuencias en el plano físico, lo cierto es que pareciera que la medicina no ha encontrado soluciones en este sentido. Para la medicina alopática la tranquilidad se receta, como así también la tristeza o los temores. Cuando no logra domesticar las mentes interviene con más fuerza sobre los cuerpos. Y la medicalización es una salida reduccionista de los problemas de salud porque la biología juega un papel menos relevante que las condiciones sociales o psicológicas.

Lo que parece claro es que hay una tensión entre un nacimiento tecnocrático e intervenido y un nacimiento respetado y humanizado (Davis-Floyd, 1997) y posiblemente el modelo holístico vaya surgiendo desde las márgenes. En estos cambios de las modas en la medicina enumeradas en el último capítulo hay un avance de la tecnologización que luego pareciera retroceder y se propondría retornar a prácticas menos intervencionistas y que respeten los procesos naturales,

¹¹⁰ El sostener la existencia del instinto materno es una expresión que perdura a pesar de las críticas feministas (Giberti, 1997), que con argumentos sólidos lo derrumban.

¹¹¹ He visto numerosos partos en mi vida, también he parido en tres oportunidades. Y con cada uno, me he emocionado hasta las lágrimas. Es un hecho que contiene un misterio que conmueve.

pero sobre todo respeten derechos. Michel Odent, obstetra francés, acostumbra a decir que "la ciencia nos salvará." Se refiere a una tendencia emergente en la obstetricia occidental, que predica la evidencia científica como criterio para el uso de la tecnología y la elección de los procedimientos. Según él, si seguimos el camino de la ciencia, nos lleva necesariamente a alejarnos de la tecnocracia e intervencionismo.

Si una de las propuestas es un nacimiento humanizado tenemos que continuar problematizando este concepto polisémico quizás inventando nuevas maneras de decir. Y que en ocasiones pareciera que humanizar es animalizar, acercar a la naturaleza. Pero ese acercamiento a la naturaleza corre el riesgo de alejarnos de los avances de la ciencia en general y de la medicina en particular que ofrecen respuestas ante las múltiples necesidades de las mujeres o de las emergencias de un parto. No sería conveniente considerar a la tecnología como opuesta a la naturaleza sino por el contrario puesta al servicio para cuando surgen complicaciones.

El problema es que las ciencias médicas, consideran a los cuerpos materialmente, sus órganos y su fisiología como procesos naturales obviamente. Solo que subyace la idea de dominación de esos cuerpos. El desafío parece ser un retorno a la naturaleza (aunque sin esencialismos), apartándonos del ejercicio de poder sobre ella, dar cuenta de cuánto de político hay en las intervenciones sobre la biología. Pero también es necesario dar cuenta de que la menstruación, el embarazo, la lactancia, el parto como hechos biológicos están impregnados de intereses políticos y de poder. Nuestros cuerpos están en el centro de cualquier contrato, la maternidad es política, en tanto y en cuanto es la matriz de producción de ciudadanos/as.

Las mujeres tenemos una inseguridad aprendida, que lleva a que muchas de nosotras tengamos incertezas. Las mujeres quieren en verdad la autonomía, pero subyace un miedo al fracaso o a las consecuencias, dado que el parto tiene un lado salvaje de imprevisibilidad, por eso también buscan (buscamos) la autoridad, la protección y delegación de las responsabilidades. Puede percibirse menos esfuerzo en la obediencia que en el protagonismo autónomo, entre los gestos de dominación y los temores, algunas mujeres se autodesvalidan y las energías para la acción disminuyen. Y en otro orden -como ya dijimos- las prácticas médicas son generadoras de dependencia y dominación. Por eso una clave para los partos es el acompañamiento. Así lo plantean las voces del parto respetado, un acompañamiento expectante, atento, contenedor, sin intervención pero vigilante.

Por último tenemos que considerar que cuando la medicina conquista o seduce a las mujeres, ellas son una llave que garantiza que mientras estén colonizadas y se haya establecido una relación de dependencia con la medicalización, luego vuelven a las consultas con los varones, hijos, hijas, madres, padres, vecines, por esta tendencia que tenemos de cuidar a los/as demás. Domesticando a las mujeres tienen una garantía de consumidores/as doblegados/as a la trama médica.

Las violencias

Otro emergente del trabajo de campo ha sido la reiteración de que son las mujeres quienes también ejercen violencia sobre otras mujeres. La violencia expresiva que se propone disciplinar, parece no tener género. Apartándonos nuevamente de una postura esencialista, podemos ver que el patriarcado se encarna en las personas, sus cuerpos, sus prácticas, de diferentes maneras. Y no podemos decir que por el hecho de habitar un cuerpo de varón o mujer eso sea definitorio para ser más o menos violento/a. No vamos a negar las jerarquías que otorgan privilegios a los cuerpos masculinizados, ni cómo esos privilegios despiertan la necesidad de preservar estos lugares y cómo la violencia opera como un mecanismo, como un ritual reparatorio de los sentimientos generados ante la amenaza al poder.

Rita Segato afirma que estamos en un momento de la historia en donde se está aplicando una pedagogía de la crueldad que progresivamente nos va desensitizando. Los medios nos exponen a escenas de violencia que muestran un crecimiento de la misma¹¹². A su vez hay un aislamiento e individualización de las personas y cita a Hannah Arendt cuando se refiere a que un sujeto aislado que es más fácilmente controlable por el autoritarismo. Las personas aisladas y con menos capacidad de vincularse, tienen menos empatía y sufren un acostumbamiento de vivir con el sufrimiento de quien tenemos a nuestro lado sin que eso nos afecte. Quedamos de alguna manera anestesiados/as frente al dolor (Segato, 2016).

En otro orden el/la sujeto/a actúa en consonancia con su entorno, las prácticas, los usos que hacemos del cuerpo son producto de la socialización, que luego se tornan espontáneos. En las instituciones se aprende una dinámica que se burocratiza y que queda incorporada como habitus. Y las personas actúan como se espera que actúen en esa estructura jerárquica. Y si no lo hacen posiblemente reciban diferentes tipos de sanciones, castigos, boicoteos¹¹³.

La configuración del/a sujeto individualizado significa también que está centrado en sí mismo/a, y su éxito personal se expresa como campo de disputas por la ley del más fuerte, donde el valor se pone en la meritocracia. Donde prima el individualismo a los aspectos relacionales, la

¹¹²Ella comenta en una conferencia en Tilcara en mayo del 2016 que cuando se presenta la película *La Naranja mecánica* de Stanley Kubrick en 1971, fue prohibida tanto en Argentina como en numerosos países, por las escenas de violencia que contiene. Hoy esa misma película no causa la misma impresión.

¹¹³Una obstétrica recién ingresada a trabajar a la MSE me comenta los castigos que recibió con mas guardias y particularmente en el día de la madre, siendo que ella acababa de tener un hijo. Luego otra obstétrica me comenta que cuando impulsó el parto vertical y mandó a hacer una silla que periódicamente desaparecía, como así también los CD con música para crear un ambiente amigable. La burocracia requiere de la mediocridad, las personas con espíritu renovador son una amenaza al statu quo. También es interesante la elocuencia que radica entre quienes mantienen un discurso de defensa de los derechos de las mujeres en un ámbito, pero en otro quedan atrapadas con la dinámica institucional. Porque las instituciones operan en su objetivo disciplinador pero también como máquinas trituradoras, transformando el mal en una rutina o una banalidad en la categoría de Hannah Arendt.

solidaridad y el trabajo en equipo son desvalorizados. Dice Marie France Hirigoyen (2014:175) "cuando el éxito es el valor principal, la honradez parece una debilidad y la perversidad adopta un aire de picardía. Con el pretexto de la tolerancia, las sociedades occidentales renuncian poco a poco a sus propias prohibiciones." En este mismo sentido Rita Segato (2016) se refiere a la instalación de una personalidad sicopática como característica de este tiempo. También podríamos referirnos a este proceso como de enajenamientos mutuos, tal como lo mencionáramos anteriormente. Enajenamientos sobre sí mismos/as, sobre los vínculos con el otro o la otra, enajenamiento de las emociones, del sufrimiento, enajenamiento como mecanismo ficcional de protección.

La violencia contra las mujeres, la violencia patriarcal, la obstétrica no es solamente una violencia dirigida a las mujeres particulares que están allí pariendo, es una violencia que se expande a las niñas y los niños que están naciendo, se expande a las personas cercanas, a la comunidad. Y en definitiva se expande a las conciencias de todas las mujeres que escuchan un relato y temen. Las rupturas para el contacto, para el acompañamiento, para el cuidado amoroso, dejan marcas y nos vamos asomando a un mundo que nos recibe agresivamente. Hay estudios que confirman la importancia de los primeros minutos de vida de los/as recién nacidos y los modos en que opera en determinaciones para el desarrollo posterior de un/a niño/a

Cuando la autonomía profesional se transforma en impunidad

Una pregunta que resuena una y otra vez es ¿De quién es el cuerpo de las mujeres? Y la hicimos por primera vez en un grupo focal de residentes de la MSE hace casi diez años. No la contestaron y entonces repreguntamos. Nuevamente encontramos silencio. Cuando nos volvimos a ver a los quince días, insistimos. Y la respuesta fue contundente: no la respondimos porque no la alcanzamos a comprender. No alcanzan a comprender porque apunta a un tema medular a las prácticas médicas y al patriarcado. El cuerpo de las mujeres es un territorio materializado y bajo dominio masculino. Cuando las mujeres llegan a la consulta, ingresan a la guardia y se institucionalizan quedan enajenadas, su cuerpo efectivamente no les pertenece. Pierden la soberanía sobre ese espacio tan personalísimo como el territorio corporal.

Además no alcanzan a comprender porque están posicionados en el lugar del héroe y se espera de ellos/as un acto heroico. Nosotros/as hacemos el parto, y las mujeres como pueden colaboran con ellos/as, o sino nosotros/as hacemos la cesárea y las mujeres deben quedar quietas y en silencio. Pero además la falta de mecanismos de contralor sobre sus decisiones y sus prácticas, les otorga una impunidad casi absoluta.

Los/as profesionales médicos provienen de clases acomodadas, y no tienen formación política.

Su paso por la universidad los despolitiza porque la dedicación al estudio es enorme. Es posible que estos dos aspectos influyan para esa inocencia que tienen para no ver (o negar) la manipulación a la que están sometidos por parte de los laboratorios. Roberto Castro dice que "el funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera" (Castro, 2014b:346).

Todas las estructuras que tienen basamentos fuertemente patriarcales son corporativas y priman entre sus miembros las complicidades. Basta hacer referencia a los militares que actuaron durante la dictadura y aún no han dicho dónde están los cuerpos de los/as desaparecidos/as o los/as niños/as apropiados/as. De la misma manera opera la Iglesia Católica frente a los casos de pedofilia que se encubren sistemáticamente. La impunidad se sostiene sobre un cimiento de este poder que es el silencio y la complicidad. Y el poder judicial obviamente cumple con las mismas reglas otorgando protección a los poderosos.

Apuntes para pensar políticas basadas en derechos

Un punto necesario para comenzar con este apartado es el hecho de que no podemos comprender y transformar lo local sin abarcar la comprensión de los juegos de poder mundiales. Los diseños de políticas son históricos y responden a patrones de poder transnacionales que tienden a homogeneizar desde nuestras naciones a nuestras vidas. Por eso es importante volver una y otra vez, sobre la consigna feminista que lo personal es político.

Ya insistimos con el señalamiento de que el Estado es patriarcal y misógino, y es paradójico esperar que diseñe políticas que efectivamente favorezcan a las mujeres. Aunque sin embargo el rol del Estado en las políticas de salud es fundamental para garantizar el acceso a la salud de la población en su totalidad y también para evitar las embestidas del capital privado. Es necesario que las políticas destinadas a las mujeres tengan una perspectiva feminista crítica, en donde se cuestionen las metáforas construidas en torno a la medicina que la presentan trabajando indefectiblemente a favor de la vida, con poderosos conocimientos científicos y que sus políticas apuntan al bienestar general.

En el Ministerio de Salud el área dedicada al tema se llama Maternidad e infancia, con la mirada dirigida a la madre y el niño. Hay una tensión entre las políticas destinadas a las mujeres en tanto mujeres, las destinadas a las mujeres en tanto madres, y las destinadas a las mujeres solo pensando en los/as niños/as. Y cabe señalar que Maternidad e infancia no contempla ninguna política de incorporación de los varones que quedan en un lugar de expectador, tutelador. Las

políticas (y los laboratorios farmacológicos) ofrecen anticonceptivos hormonales a las mujeres, pero no a los varones. El número de las vasectomías es ínfimo en comparación con las ligaduras tubarias.

Mencionamos ya una política que fuerza a que los nacimientos transcurran en maternidades grandes y esto tiene consecuencias sobre la vida de las mujeres (sobre todo de zonas alejadas a la metrópoli) además de que se debilita la atención primaria de salud, obliga a traslados para ingresar de manera anónima en mega maternidades que difícilmente puedan ofrecer acompañamiento y contención. Las políticas buscan disminuir la mortalidad de mujeres por complicaciones en el embarazo y parto pero esto no tiene el efecto deseado, y se podrían llamar políticas del fracaso para las mujeres y merecen una revisión y refundación.

Una necesidad es la construcción de estadísticas cuidadas que permitan tener una aproximación más refinada del problema, con la realización de monitoreos permanentes. Es paradójico que se publiquen estadísticas de los embarazos gemelares y no de las cesáreas. De algún modo las estadísticas están operando de manera funcional al capital y en contra de los derechos de las mujeres.

Una recomendación general en el plano de las políticas es que no podemos avanzar hacia el reconocimiento de derechos dejando de lado las políticas de redistribución económica (Fraser, 1997, 2009) con los grupos que se encuentran en condiciones de vulneración. En el contexto de retirada de las responsabilidades del Estado estamos asistiendo a un retroceso en los derechos sexuales y reproductivos pero a su vez al crecimiento de las brechas sociales y de la pobreza. Difícilmente se puede pensar en políticas de salud sin mejorar las condiciones de vida de las poblaciones.

Otra clave es la difusión de las leyes que protegen a las mujeres en primer lugar entre las propias mujeres y los cursos de Preparación integral para la maternidad son espacios adecuados para socializarlos. Estos han caído en desuso y es importante que se los estimule e incentive para fortalecer la seguridad de las mujeres en ellas mismas y para que tengan argumentos para la defensa ante los abusos de poder de los/as profesionales. Pero también es necesario incorporar estos temas en las currículas de las carreras de ciencias de la salud, para evitar el desconocimiento alarmante de este momento, realizar capacitaciones permanentes relativas a los marcos normativos vigentes y sus formas de aplicación y promover la reflexión crítica sobre las prácticas instituidas.

Porque en el ejercicio de la medicina se ponen en juego dimensiones centrales de la justicia y de los derechos humanos, es necesario cambiar el modelo flexneriano de formación de profesionales de la salud, dirigido a la enfermedad y con una visión fragmentada que conduce a la subespecialización, marcada por formas de práctica cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas. Necesitamos un modelo de formación más integral, solidario y humano, que

incorpore el concepto de determinaciones sociales de la salud -enfermedad y facilite la acción intersectorial.

En línea con lo anterior, se hace necesario revisar la estructura actual de las residencias, fundamentalmente la dedicación horaria tan exigente, que no permite tiempos para la lectura, la capacitación, el desarrollo del pensamiento crítico, la reflexión sobre las propias prácticas, que se repiten por imitación y sin cuestionamientos. En este sentido, Rita Segato (2003) sostiene que la violencia es inversamente proporcional a la reflexión. Es medular la habilitación de espacios de debate, lectura y reflexión para hacer visible y desnaturalizar la violencia, para poder impulsar estrategias de transformación de las prácticas. Si estas prácticas se ubican fuera del plano de la conciencia y la voluntad como actos impensados, lo cual da cuenta -como ya hemos dicho- de la complejidad del fenómeno, se podrán pensar si se hacen visibles.

Ante las dificultades por parte de las/os profesionales de asumir una mirada crítica sobre sí mismas/os, es necesario diseñar creativamente medios pedagógicos que lo posibiliten. La disociación entre lo racional y lo emocional, dificulta la tarea. La negación de las emociones en la construcción de una supuesta objetividad, es una trampa que *nubla* la vista. Porque esa negación se afirma sobre una emoción y no debe desconocerse el fundamento emocional de la ética. La conciencia y el respeto por los derechos humanos tienen una base emocional. Si nuestras actitudes están en íntima relación con lo emocional ¿cómo se trabaja en la transformación ética de las prácticas y sus sustentos epistemológicos? Porque está claro que aunque las leyes protegen a las mujeres, sus hijos/as y parejas, la letra de la ley no tiene en la práctica el efecto que se propone.

El camino de la denuncia es posible, pero no termina de tener el efecto reparador buscado, por la imposibilidad de aplicar sanciones a quienes incumplieron la ley. La CONSAVIG tiene un formulario¹¹⁴ que se puede encontrar en internet para iniciar el camino administrativo que siguiendo el curso normal, llevará a una resolución de la Defensoría del Pueblo de la Nación. Pero sin dudas si todas las mujeres que sufren alguna forma de violencia obstétrica en el país, decidieran hacer la denuncia, la CONSAVIG y la DPN colapsarían.

A nivel intrainstitucional es preciso unificar criterios de atención de manera articulada, que permitan a todas las personas que participan del proceso conocer el origen de la validez de las prácticas y los resortes institucionales respectivos para coordinar los servicios y generar mecanismos de control y sanción que pongan coto a la discrecionalidad y anomia propias de la cultura médica¹¹⁵. De modo tal que es necesario, establecer sanciones para cuando se viole la ley y cuando el delito no llega a encuadrar dentro de la mala praxis. Como así también los delitos de

¹¹⁴Ver Anexo N°5.

¹¹⁵Un tema que posiblemente no le he dedicado en esta tesis la suficiente atención son las condiciones de trabajo de quienes trabajan en las instituciones públicas recorridas. En ambas instituciones hay una permanente queja por la violación a sus propios derechos laborales por parte del Estado. Y en verdad los salarios son bajos, y particularmente en Santiago del Estero. Y no solo por los salarios, sino también por la sobrecarga de trabajo, los maltrato institucionales, la escasez de personal y otras complejidades.

omisión, por el no cumplimiento u obstaculización del pedido de un aborto no punible, o por el abandono de persona.

En un plano más amplio, es necesario establecer puentes institucionales entre la ginecología y la obstetricia que tiendan a evitar la fragmentación de la atención médica sobre el cuerpo de las mujeres. A su vez es imprescindible poner un fuerte énfasis en el diseño de políticas que articulen los distintos niveles de atención y sus bases territoriales. La referencia y contrarreferencia es una herramienta fundamental de salud pública para fortalecer, tanto por los beneficios generales para el sistema de salud, como para la mejora en la atención obstétrica.

Pero sobre todas las cosas, es imperioso impulsar una política decidida que se dirija a que los nacimientos se aparten de la tecnocracia intervencionista hacia otro modelo que ponga la prioridad en la autonomía de las mujeres. Para que esto sea posible en el contexto presente, hago una apuesta en los espacios de preparación para la maternidad, que -como ya dije- han sido desprestigiados y han disminuido su oferta. La tecnocracia ha ganado terreno en la medida en que se han retirado las posibilidades de que las mujeres tengan información asertiva sobre el proceso de embarazo y parto y puedan conocer sus derechos. Es necesario volver a la práctica del acompañamiento.

Luego de la sanción de Ley Nacional N° 26.743 de identidad de género crece la visibilidad y las necesidades de reconocimiento de derechos de los varones trans que ya han sido incluidos en la Guía de atención de abortos no punibles, pero aún permanecen ausentes de tantas otras normativas. Las personas trans precisan de tratamientos hormonales y cirugías (implantes mamarios o extracción de mamas, y también cirugías estéticas y finalmente reasignaciones de genitales), motivo por el cual pueden ser "nuevos" cuerpos sobre los cuales avance la medicina capitalista, será necesario una marcha cautelosa y cuidadosa tanto por parte de las organizaciones de personas trans como por parte de los/as profesionales para no sobrecargar de tratamientos peligrosos y con consecuencias dañinas.

Las mujeres en movimiento

Comencé esta tesis refiriéndome al movimiento feminista que sobre todo durante el siglo XX ha logrado impulsar profundas transformaciones en las vidas de las mujeres y de las personas. Ha sido un movimiento activo, que avanzó sobre las vindicaciones de derechos, que denunció las injusticias y abrió diversas puertas a las libertades. Un movimiento horizontal, con participaciones diversas, con tensiones y divergencias pero que teje permanente y pacientemente estrategias para derrocar a los patriarcados, aún cuando en ocasiones caemos en las trampas que nos tiende.

Ante este escenario de la violencia patriarcal generalizada que afecta la vida de tantas mujeres

y que genera una sensación tan desalentadora, la esperanza está puesta en la capacidad de movimiento de las mujeres y de las feministas. No es una tarea para hacerla de modo sectario sino que son importantes las alianzas, los acuerdos, los vínculos y la organización. Aunque las iniciativas son diversas y desarticuladas, por lo general son sinérgicas.

Y esto ya está en marcha. Es realmente impresionante las actividades que este tema convoca, hay un gran interés y movilización por parte de diferentes grupos. En los últimos años han crecido los debates respecto de los nacimientos y sin duda las redes sociales hayan colaborado en este ciberactivismo. Las acciones de organizaciones de mujeres y feministas por fuera del estado son numerosas y crecientes. Hay campañas permanentes y contundentes a favor de un nacimiento respetado y en contra de la violencia obstétrica. Posiblemente el facebook sea el espacio virtual elegido para la búsqueda de información, para recibir asesoramiento, para consultar dudas, e intercambiar experiencias, pero también para la denuncia. Las redes han provocado una ruptura en la relación tutelar con los/as profesionales, aunque obviamente hay muchas personas que están por fuera de estas tecnologías.

Conviven en la web posturas mas o menos feministas, con la presencia de una corriente importante cuantitativamente que esencializa la maternidad y la crianza. En cambio las páginas para facilitar el acceso a un aborto con pastillas son de corte bien feminista (Women on waves, Socorro Rosa, La revuelta). Estos materiales conviven con los de INSGENAR que mencionara al comienzo, con Malena Pichot y un video de Cualca, luego los blogs con páginas de organizaciones mas institucionalizadas o espacios en facebook que no dan cuenta de quiénes están por detrás. Hay una gran cantidad de organizaciones de mujeres entre las que cabe destacar a REDLACAHUPAN (Red latinoamericana por la humanización del parto y el nacimiento), Dando a luz, El parto es nuestro, Asociación argentina de parteras independientes, Nacer juntos, Haciendo tribu, Las Casildas, entre otros¹¹⁶.

Dentro de los organismos del Estado nacional, la CONSAVIG es la que mas presencia tiene con el tema y hace un par de años el Consejo Nacional de las Mujeres lanzó una campaña gráfica que circuló por las redes.

La tendencia a la decisión de un parto domiciliario que sobre todo ha crecido en las ciudades mas importantes del país, es una reacción a la violencia. Nadie quiere exponerse al riesgo de diferentes malostratos aún cuando se exponga al riesgo de que se presenten complicaciones. Recientemente la Sociedad de ginecología y obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) emitió un comunicado alertando a la comunidad sobre los peligros del parto en domicilio, y esto ha provocado respuestas entre las defensoras del parto respetado¹¹⁷. Una comunicación firmada por

¹¹⁶ En mayo del 2017 se estrenó en Buenos Aires una película llamada Parir. El nacimiento de una nueva era (dirigida por Florencia Mujica), que muestra las realidades trabajadas en la segunda parte de esta tesis con la elocuencia propia del lenguaje audiovisual.

¹¹⁷ http://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Domiciliario.pdf

un grupo llamado "Basta de violencia obstétrica" concluye así: "Nos alegra que finalmente se hagan eco de esta ley (N° 25.929). Pero también queremos pedirles, en nombre de la población, que antes de exigir el cumplimiento de una ley, se cercioren de cumplirla ustedes"¹¹⁸.

Es notable cómo las mujeres hemos ganado las calles, no sólo en los multitudinarios encuentros nacionales de mujeres (que han incorporado talleres sobre violencia obstétrica), sino también con la convocatoria mundial (y las locales) al paro de mujeres, las marchas de #Ni una menos en donde se llevan carteles contra la violencia obstétrica. El #Ni una menos traspasó las fronteras y las marchas se replicaron en muchas otras ciudades fuera del país. Se expandió por las redes sin límites, no quedaba claro el origen de la convocatoria, pero sí estaban claros los motivos. La horizontalidad, la diversidad partidaria, e inclusión han sido otras características. Las mujeres reiteradamente defensoras de los derechos humanos a lo largo de la historia, estamos en movimiento. Podríamos afirmar que es el movimiento político más activo y contestatario en este momento de Argentina.

Cuando estos movimientos piden un parto natural, no se refieren a la biologización sino a la no intervención. Porque como ya hemos dicho que la medicina tiende a la biologización de los procesos, y esto en realidad quiere decir ubicar al cuerpo como un objeto material y apartado de su contexto social o afectivo. En relación a la humanización del parto no pareciera haber unidad en los movimientos de mujeres y feministas aunque todos apunten a la búsqueda de la autonomía y respeto. Apunten también a la disputa entre intervención y acompañamiento. Sin embargo en estas agendas del (los) movimiento (s) feminista (s) tendremos que diseñar creativas estrategias para impulsar las transformaciones institucionales, con cautela para no caer en trampas.

También es un desafío fortalecer las articulaciones entre los feminismos latinoamericanos, y los feminismos del sur, de modo de establecer agendas comunes contra los avances del patriarcapitalismo. En este sentido recupero la declaración del feminismo comunitario en la Conferencia de los Pueblos sobre cambio climático en donde afirman¹¹⁹:

La comunidad es un cuerpo que se pertenece a sí mismo y que tiene una dinámica propia en la cual cada integrante es único y necesario, a la vez que autónomo o autónoma, pues la autonomía será el principio que garantizará a cada persona, igualdad en dignidad y derechos, y que probará la coherencia ética de una comunidad que no oprime a sus integrantes obligándoles a ser idénticos o a llevar a cabo usos y costumbres patriarcales, transgresores y de coerción. El cuerpo es el instrumento con que los seres tocamos la vida, ese cuerpo merece espacio y tiempo concreto y simbólico solo por estar en el mundo, así la comunidad respeta ese espacio y ese tiempo y es más, lo sustenta con afecto por su propio ser. Cada cuerpo en la comunidad, en el sentido general y dinámico, es una parte del ser comunitario.

Es posible pensar que la construcción colectiva de sentidos dentro del feminismo, sea un

¹¹⁸https://www.facebook.com/pg/stopviolenciaobstetrica/photos/?tab=album&album_id=1843269162616297

¹¹⁹Ver la declaración completa en el anexo N°6

camino de libertad de los poderes colonizadores.

Las transformaciones.

El primer paso es correr la mirada hacia uno/a mismo/a para mirar una y otra vez cambiando los lentes de la propia historia, de las condiciones de existencia, de los mandatos, prejuicios, prácticas, de la manera de construir otredades, y dejarnos interpelar. Una y otra vez, pensar que el universo es diverso, pluriverso. Una y otra vez pensar en los condicionantes que nos restringen las libertades.

La posibilidad de molestar y ser disfuncionales al sistema es un desafío a la imaginación porque la tarea es de gran envergadura. Se trata de molestar, inquietar, desafiar, provocar la reflexión. Tenemos que desmontar el patriarcado, desmontar con la colaboración de los varones, el mandato de masculinidad, "pues es la pedagogía de la masculinidad lo que hace posible la guerra y sin una paz de género no podrá haber ninguna paz verdadera" (Segato, 2016:23).

La revolución nuevamente es el camino posible. Debemos asumir las limitaciones que tienen nuestras luchas feministas por la consagración legal de los derechos de las mujeres. La eficacia de las leyes es limitada y enfrenta múltiples resistencias. Cuando la aplicación depende del/a empleado/a del registro civil que declara el matrimonio homosexual, o cambia la identidad, todo parece más sencillo y la garantía de cumplimiento es inmediata. Pero cuando depende de un/a funcionario/a de un hospital público los obstáculos que sostienen sus conciencias parecen impenetrables. La estructura patriarcal y racista brota en todo su esplendor.

De cualquier manera parece inteligente no depositar todas las esperanzas en el Estado. Porque como ya hemos visto, es el mismo Estado un gran violador de derechos. De modo que como plantea Rita Segato (2016) tenemos que transitar por dentro y fuera del Estado de un modo anfibio. A lo no pensado, el camino de salida es la reflexión. A la emoción negada, la sensibilización, a las rupturas de los vínculos y al aislamiento le cabe el tejido, retejido poniendo en valor el sostén de las redes entre mujeres.

Y si hemos hablado largamente de capitalismo y patriarcado, que no se presentan uniformes sino con variadas características en diferentes lugares, allí radica una oportunidad, en encontrar las alternativas, las diversidades, la economía puede ser solidaria, igualitaria, las relaciones entre las personas generizadas, puede ser amable, colaborativa.

Antes de cerrar

Han sido muchos años dialogando con este objeto, del cual ya deseo tomar un poco de distancia. Quizás así encuentre otras respuestas (y preguntas). Aunque tengo claro que no he logrado terminar de ordenar todos los materiales etnográficos y teóricos que he recogido. Y sigo con la sensación de no haber logrado atraparlo en toda su magnitud y que alcanzo a presentarlo solo fragmentariamente. También soy consciente de la gran cantidad de interrogantes que siguen rondándome, sobre las historias de las relaciones entre el Estado y la maternidad, las políticas de sexualidad. Las políticas de maternidad que tienen profundos sustratos misóginos.

Y me ha acompañado este tiempo un enojo inevitable que creo se puede entrever en el texto. Enojo por las injusticias, por las mujeres que llegan del campo asustadas, las que hacen el esfuerzo económico de llegar al hospital y las mandan a la casa y tienen su hijo/a en la vereda, por los/as profesionales (médicos, obstétricos, enfermeros) que están atrapados en una ceguera importante, que les impide ver cómo se han insensibilizado tan profundamente. Cómo sus prácticas se transforman en dispositivos del mismo poder que los tiene atrapados.

Por momentos me sentí algo belicosa en particular con los/las médicos/as, pero cuando leo las frases que las mujeres relatan que les han dicho o que han escuchado, o cuando hace un par de días una señora me comenta los horrores que vivió en su paso por el hospital, me doy cuenta que la realidad queda suavizada por el lenguaje científico. Con cada relato confirmo la existencia de repetidos mecanismos de terror. Que en verdad estamos asistiendo a un fenómeno de una dimensión generalizada y una intensidad alarmante. Y en el equipo de salud para el ejercicio de la violencia no hay excepciones, la crueldad está presente en jóvenes y viejos/as, en médicos/as, enfermeros/as y obstétricos/as, en mujeres o varones, en quienes tienen planta permanente o contrato, en servicios públicos o en prestigiosas clínicas privadas del barrio de la Recoleta en Buenos Aires. Y vuelvo a repetir, el fenómeno de la violencia obstétrica no conoce fronteras. Obviamente no es que nos encontremos frente a una corporación de personas perversas, macabras e incapaces de sentir compasión. Pero hay una máquina encendida que tiene sus motores en marcha, y tenemos que encontrar las claves para desactivarla. Las mujeres frente a esa máquina sienten más miedo, más tensiones, más desconfianza en los profesionales. Y obviamente que hay quienes hacen su trabajo con responsabilidad, respetando los derechos y la autonomía de las mujeres. Cuando publiqué el libro "Cuerpos enajenados" (2011) una repercusión fue que los/as profesionales de los servicios me dijeron: *cómo nos pegas*. Y pareciera que aquí redoblo la apuesta, pero la intención es la misma que entonces. Despertar la reflexión.

En esta tesis, aposté a cierto eclecticismo tanto teórico como metodológico e hice el intento de correrme de las corrientes dominantes del conocimiento. Poner en diálogo el objeto con el

contexto fue un desafío para mí. Pero también debo reconocer que el comprender la colonialidad en términos de continuidad histórica de un proceso de largo alcance del poder, ha significado una mirada sobre este objeto que de alguna manera impulsó una nueva revolución epistemológica personal, que se complementa a la del feminismo. Este es un diálogo que comienza recientemente, conteniendo numerosas preguntas que merecen revisiones y relecturas que originarán nuevas aperturas.

Pero claro que en algún momento tenemos que decidir cerrar la tesis y ese momento llegó.

Bibliografía

- AAVV (2012) *Pensando los feminismos en Bolivia*. Serie Foros 2. Conexión Fondo de Emancipación. La Paz.
- Agoff, Carolina (Coordinadora), Casique, Irene (Coordinadora) y Castro Roberto (Coordinador) (2013) *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/ Miguel Ángel Porrúa. México DF.
- Aguiar, Janaina Marques de y d'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas (2010) *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Interface - Comunic., Saude, Educ.
- Aguiar, Janaina Marques de; D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas y Schraiber, Lilia Blima (2013) *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (11):2287-2296, nov, 2013
- Amorós, Celia (1991) *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. 2º edición. Anthropos. Barcelona.
- Amorós, Celia (1998) "El punto de vista feminista como crítica", en Carmen Bernabé (Dir.), *Cambio de paradigma, género y eclesiología*. Verbo Divino, Navarra.
- Amorós, Celia (2000) *Feminismo y filosofía*. Síntesis. Madrid.
- Angell, Marcia (2006) *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Grupo Editorial Norma, Bogotá.
- Anzorena Claudia (2006) *Reflexiones en torno a las sexualidades en las Políticas Públicas en Mendoza: las sexualidades esperadas, las invisibles y las exiliadas*. Cuaderno de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Octubre (31):283- 300, UNJu. San Salvador de Jujuy.
- Anzorena, Claudia (2013) *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. EDIUNC. Mendoza.
- Aponte Sánchez, Élide y Femenías, María Luisa (Compiladoras) (2008) *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*. Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Aponte Sánchez, Élide (2008) "La denuncia del discurso médico como uno de los supuestos de inaplicabilidad del derecho" *Utopía y Praxis Latinoamericana* / Año 13. No 41 (Abril-Junio, 2008) Pp. 81 - 92 Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social. CESA – FACES – Universidad del Zulia. Maracaibo.
- Arenas, Patricia; Canevari, Cecilia; Isac, Rosa y Palazzi, Virginia (2015) *Grietas y tensiones dentro del Estado. Las trampas patriarcales para el acceso a los derechos sexuales y*

- reproductivos*. En Flores, Oscar y Arenas Patricia (compiladores) Acceso a la justicia: escenarios, procesos y actores en la región NOA. Universidad Nacional de Tucumán. San Miguel de Tucumán (en prensa).
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa y Canevari, Cecilia (2010) "Tutelaje y apropiación: experiencias de discriminación en el campo de la salud". *Revista Cifra*. FHCSyS - UNSE, Santiago del Estero.
- Arenas Patricia; Canevari, Cecilia e Isac, Rosa (2008) *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*. IX° Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IV° Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Organizado por la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional de Córdoba y la Universitat de les Illes Balears, España y la Municipalidad de Rosario. Rosario. Publicado en las Actas del Congreso (CD)
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa y Canevari, Cecilia (2008). *Los servicios públicos de salud como espacio de enseñanza aprendizaje: el caso de una maternidad pública en Santiago del Estero*. En: IX Congreso Argentino de Antropología Social "Fronteras de la Antropología". Antropología Social CDD 306. www.caas.org.ar
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa; Vivanco, Luisa (2003) *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. CDRom. Runa. San Miguel de Tucumán.
- Armus, Diego (editor) (2002) Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna. Grupo Editorial Norma, Buenos Aires.
- Arroba, Anna (2008). *La Medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización*. Asociación de Mujeres en Salud, Casa Ames. En <<http://casaames.com>>. [Consulta, abril 2011]
- Arruda Franzon, Ana Carolina e Moreiras Sena, Ligia (2012) *Violência obstétrica é violência contra a mulher*. http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulgacao-dos-resultados_-Apresentacao_Diagramada_Versao-final.pdf [Consulta enero 2015].
- Azeredo, Yuri Nishijima y Schraiber, Lilia Blima (2016) "El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea". *Salud colectiva*. 12(1):9-21. UNL. Lanús.
- Badillo Romero, Priscila (2015) *Las opiniones de los/as obstétricos/as sobre el parto vertical*. Trabajo final de grado (inédito). FHCSyS- UNSE. Santiago del Estero.
- Baricco, Alessandro (2010) *Los bárbaros. Ensayos sobre la mutación*. Página 12. Buenos Aires.
- Bergallo, Paola y Ramón Michel, Agustina (2009) *El aborto no punible en el derecho argentino*. Cartilla despenalización.org. N°9. Abril 2009. FEIM, CEDES e IPPF. Buenos Aires.

- Biaggi, Cristina; Canevari, Cecilia y Tasso, Alberto (2007) *Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en Argentina*. SAGPyA. Buenos Aires.
- Blazquez Rodríguez, Maribel (2010) *Nosotras parimos ¿nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* Atenea. Estudios sobre la mujer. Universidad de Málaga. Málaga.
- Bobbio, Norberto (1994) *Teoría general del derecho*. Temis. Bogotá.
- Boladeras Cucurella, Margarita y Goberna Tricas, Josefina (coords.) (2017) *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Bonan, Claudia (2003) *Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea*. Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ/ Brasil. Material del Seminario Análisis comparado de Legislación, Políticas Públicas e Instituciones orientadas hacia el logro de la Equidad de Género, PRIGEPP-FLACSO.
- Bonan, Claudia y Guzmán Virginia (2007) "Feminismo y Modernidad". *Debate Feminista*. N°1, Abril 2007 pp.257-274.
- Bordelois, Ivonne (2009) *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal. CABA.
- Borrell Bentz, María Rosa (2005) *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Buenos Aires.
- Bourdieu Pierre (1999) *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. Anagrama. Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (2002) *La Miseria del Mundo*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre [1984] (2008) *Homo Academicus*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo, México.
- Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Brown, Josefina (2016) "El aborto en cuestión: la individuación y juridificación en tiempos de neoliberalismos". *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad* / n. 24 - dic. 2016 - pp.16-42 / www.sexualidadsaludysociedad.org. CLAM- UERJ.
- Brown, Josefina, Pecheny, Mario, Gattoni, Soledad & Tamburrino, Cecilia (2013). "Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica". *Artemis*, vol. 15, no1 julio, pp.135-148.
- Brown, Josefina (2007) Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y

- sexuales como bisagra; lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis de Maestría de FLACSO. CABA.
- Butler, Judith (1996) *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault*. En: Lamas, Marta (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-UAM y Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2000) *La experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Universidad de Carabobo, Maracay.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009) "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, jun. 2009, vol.14, N°32, p. 147- 162.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2010) *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo, Valencia.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2012) *La obstetricia desnuda. Una ruptura epistémica*. Universidad de Carabobo, Valencia.
- Canevari, Cecilia e Isac, Rosa (2016) "Territorios de violencia patriarcal: doce años de femicidios en Santiago del Estero (2002-2014)". *Revista Trabajo y Sociedad*. N°26. Verano 2016. Pág. 257-284. <http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/26%20CANEVARI%20%20e%20Isac%20Femicidios.pdf>
- Canevari, Cecilia (2016) *El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reveses*. <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ponencias/mesa-1-2-anticoncepcion-embarazo-y-parto-perspectivas-historicas-antropologicas-sociales-y-legales/>
- Canevari, Cecilia (2015) *Una mirada sobre la medicina como estructura patriarcal frente a los derechos sexuales y reproductivos*. Actas de las XII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género (formato CD. Eje 1 Mesa 7). Neuquén.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco edita, FHCSyS y UNSE. Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia (2005) (coordinadora) *Reproducción, sexualidad y ciudadanía. Un debate para el cambio*. Barco Edita. CICyT. Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia (2009) *Cuerpos enajenados, sexualidades vigiladas*. Boletín electrónico del Fondo de Mujeres del Sur. Año 1, N°6. www.mujeresdelsur.org/
- Canevari, Cecilia; González Russo, Jorgelina; Ramírez Magdalena y otras (2008) *Informe sobre Exigibilidad en Santiago del Estero*. Consorcio Nacional por los derechos reproductivos y sexuales. <http://www.conders.org.ar/monitoreo.asp>
- Canevari, Cecilia y otros (2004) *El cuerpo y la reproducción de las mujeres campesinas en*

- Santiago del Estero*. Actas del Congreso de Antropología Rural, Tilcara.
- Canevari, Cecilia y Ramírez Magdalena (2004) "De niñas a jóvenes y de mujeres a madres: una trayectoria ineludible". *Revista Cifra*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. UNSE. Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia; Arosteguy, Julieta; Righetti, Natalia y Vallejos, Clara (2014) *Informe final del Estudio Multicéntrico: Hacia la identificación de prácticas de violencia obstétrica en el marco de la Ley Nacional 26.485*. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación (Inédito).
- Canevari, Cecilia (1998) "El parto de las mujeres campesinas" En Álvarez, Ramón; Canevari, Cecilia; de Dios, Rubén; Paz, Raúl; Tasso, Alberto; Williams, Jorge. *Sistemas productivos campesinos en Santiago del Estero. Organizaciones y unidades de producción. Uso de tipologías en los procesos de reconversión*. Barco Editó, Santiago del Estero.
- Carbajal, Mariana (2009) *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Paidós. CABA.
- Careaga Pérez, Gloria; Figueroa, Juan Guillermo y Mejía, María Consuelo (compiladores) (1998) *Ética y salud reproductiva*. PUEG y Programa Universitario de Investigación en salud de la Universidad Autónoma de México y Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Castrillo, Belén (2016) "Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad* / n. 24 - dic. 2016 - pp. 43-68. CLAM- UERJ
- Casale, Roberto Antonio (2009) "Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud? Estudio ecológico". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Volumen 88 - No 982 - Diciembre. Buenos Aires.
- Casique Casique, Leticia; Ferreira Furegato, Antonia Regina (2006) "Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas". *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Novembro- dezembro; 14(6) www.eerp.usp.br/rlae. [Consulta Ago. 2009].
- Castiel, Luis David y Alvarez- Dardet Díaz, Carlos (2010) *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Lugar. Buenos Aires.
- Castiel, Luis David y Alvarez- Dardet Díaz, Carlos (2007) "La salud persecutoria". *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):461-6.
- Castro Gómez, Santiago (2005) *Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la "invención del otro"*. En libro Lander, Edgardo (compilador) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. UNESCO y CLACSO. Buenos Aires.
- Castro, Roberto (2016) "De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva:

- apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad". *Salud Colectiva*. 2016;12(1):71-83.
- Castro, Roberto (2014a)"Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México" *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F.
- Castro, Roberto (2014b). "Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica". *Salud colectiva*. 2014;10(3):339-351.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2014) "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista CONAMED. Vol 19, núm. 1.* (enero- marzo 2014) Pag 37-42. México DF.
- Castro, Roberto (2011) *Teoría Social y salud*. Lugar y Universidad Autónoma de México. Buenos Aires.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998) "Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión", en J.G. Figueroa (ed) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México, México DF. www.hsph.harvard.edu [Consulta Julio 2005].
- Cebrelli, Alejandra (2005) Tesis doctoral "El discurso y la práctica de la hechicería en el NOA: Transformaciones entre dos siglos (Contribución al estudio de la heterogeneidad cultural)" Universidad Nacional de Salta. Facultad de Humanidades, Carrera de Doctorado, Orientación en Letras.
- CEPAL (2016) *Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe*. <http://oig.cepal.org/es>. [Consulta Noviembre 2016].
- Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia (compiladoras) (2014) *De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. EUEM. Mar del Plata.
- Cerón Villaquirán, Esperanza (2003). "La salud desde el cuerpo físico y social de las mujeres". *Revista Mujer Salud*. N°1/2003. Santiago de Chile.
- Chaneton, July y Vacarezza, Nayla (2011) *La interperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Marea. Buenos Aires.
- Chávez, Daniel (2017) *La tecnología arrasó con la relación médico-paciente*. Entrevista en Página 12. 13 de marzo 2017. Buenos Aires.
- Checa, Susana (compiladora) (2006) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Checa, Susana; García M. C.; Gogna, Mónica; Gutiérrez, María Alicia. y otras (1997). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Asociación Civil Foro por los Derechos Reproductivos. Buenos Aires.
- Chiarotti, Susana; Schuster, Gloria y Arminchiardi, Susana (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR y CLADEM. Rosario.

- Chiarotti, Susana; García Jurado, Mariana; Aucía, Analía; Arminchiardi, Susana (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR, CLADEM. Buenos Aires.
- Chiarotti, Susana (2002) "Los DESC desde la perspectiva de género", Rosario. Disponible en: http://www.americalatina genera.org/tematica/derechos-publicacion_detalle.php?IDPublicacion=105 [consulta abril 2016].
- Chomsky, Noam (2012) Estrategias de manipulación. <https://lanaveva.wordpress.com/2012/03/10/estrategias-de-manipulacion/> [consulta mayo 2015].
- Ciriza, Alejandra (2014) "Acerca de la noción de ciudadanía. Una lectura feminista a propósito de sus tensiones y ambivalencias". *Journal For Educators, Teachers and Trainers*; Granada; Año: 2014 vol. 5 p. 68 - 78.
- Ciriza, Alejandra (2012a) "Simone de Beauvoir. De la fenomenología del cuerpo a la utopía de la libertad". *Nomadías*; Santiago de Chile; p. 11 - 21.
- Ciriza, Alejandra (2012b) "Genealogías feministas: sobre mujeres, revoluciones e Ilustración. Una mirada desde el sur". *Revista estudios feministas*. Florianópolis. Vol. 20 p. 613 - 633.
- Ciriza, Alejandra (2011) "Mujeres y transnacionales. A propósito de las relaciones entre capitalismo y patriarcado en tiempos de crisis". *Solidaridad Global*; Villa María. p. 29 - 34
- Ciriza, Alejandra (2010a) "A propósito de una controversia feminista: ambivalencias conceptuales y asuntos de disputa. Las relaciones entre cuerpo y política". *Revista Herramienta*; Buenos Aires; p. 61 - 79.
- Ciriza, Alejandra (2010b) "Sobre las significaciones de la libertad y la propiedad. Una revisión feminista de Locke a la luz de algunos dilemas del presente". *Revista de Sociología e política*; Curitiba; Año: 2010 vol. 18 p. 93 - 114.
- Ciriza, Alejandra (coordinadora) (2008) *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*. Feminaria. Buenos Aires.
- Citro, Silvia (2009) *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Biblos. Buenos Aires.
- CLADEM -Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer- (1998) *Silencio y complicidad*. CRLP y CLADEM, Lima.
- CLADEM -Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer- (1999) *Nada personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. 1996- 1998*. CLADEM. Lima.
- Climent, Graciela (1987) "Tecnología apropiada en obstetricia". *Revista Saúde Pública*. 21 (5): 413- 26. Sao Paulo.

- Climent, Graciela (1994) "La relación médico paciente: Una vinculación inquietante", en *Cuadernos Médico Sociales*, Nro. 67, Rosario.
- Cob, Gabriela (2003) "Humillación y maltrato en el parto hospitalario". *Revista Mujer y Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. Santiago del Chile. N°1/2003.
- Cobo Bedia, Rosa (2014) *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. CLADEM. Lima.
- Cobo, Rosa (2012) "Sociología del género y teoría feminista" en AAVV (2012) *Pensando los feminismos en Bolivia*. Serie Foros 2. Conexión Fondo de Emancipación. La Paz.
- Conrad, Peter, and Kristin K. Barker. (2010). "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications". *Journal of Health and Social Behavior* 51. [American Sociological Association, Sage Publications, Inc.]: S67-S79. <http://www.jstor.org/stable/20798317>.
- Conrad, Peter, and Valerie Leiter. (2004). "Medicalization, Markets and Consumers". *Journal of Health and Social Behavior* 45. [American Sociological Association, Sage Publications, Inc.]: 158-76. <http://www.jstor.org/stable/3653830>.
- Conrad, Peter (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology* 18. Annual Reviews: 209-32. <http://www.jstor.org/stable/2083452>.
- Correa, Sonia y Parker, Richard (2004) "Sexualidad, Derechos Humanos y pensamiento demográfico. Convergencias y Divergencias en un mundo cambiante". *Estudios Demográficos y Urbanos*, septiembre-diciembre, N° 057, El Colegio de México.
- Curioni, Miguel Ángel (2014) *El problema del aborto en Santiago del Estero. Su magnitud, costos humanos, sociales y económicos*. Tesis defendida en la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Publicada en el portal de búsqueda de la Biblioteca Virtual de Salud, Córdoba; s.n; 2014. 87 p. ilustr. Tesis en Español; LILACS; ID: lil-750212.
- Daich, Deborah (compiladora) (2014) *1° Coloquio latinoamericano de Antropología feminista*. Colectiva de antropólogas feministas. Librería de mujeres. Buenos Aires.
- Davis-Floyd, Robbie (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Creavida. CABA.
- Davis-Floyd, Robbie y St. John, Gloria (2004) *Del médico al sanador*. Creavida. CABA.
- Davis-Floyd, Robbie (2000) "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". In *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.
- Davis-Floyd, Robbie and Sargent, Carolyn (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press, pp. 1-51.
- Davis-Floyd, Robbie and Sargent, Carolyn (1996) "The Social Production of Authoritative

- Knowledge in Pregnancy and Childbirth" *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 10, No. 2, (Jun., 1996), pp. 111-120 Wiley on behalf of the American Anthropological Association. <http://www.jstor.org/stable/pdf/649323.pdf> [consulta febrero 2015]
- Davis-Floyd, Robbie (1994). "The Rituals of American Hospital Birth". *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8th ed., David Mc Curdy, ed., HarperCollins, New York.
- Davis-Floyd, Robbie (1993). "The technocratic model of birth". En: Tower Hollis, Susan et. al. (ed.) *Feminist Theory in the Study of Folklore*. U. of Illinois Press, pp. 297-326.
- De Barbieri, Teresita (2003) *Certezas y malos entendidos sobre la categoría Género*. En IIDH, *Serie Estudios Básicos en Derechos Humanos*. Tomo IV. San José de Costa Rica.
- de Beauvoir, Simone [1949] (2007) *El segundo sexo*. Sudamericana. Buenos Aires.
- de Carvalho Mesquita Ayres, José Ricardo (2005). *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. En de Souza Minayo, Maria Cecília e Coimbra, Carlos E. A. Jr. (Orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Editora Fiocruz. Scielo books. Río de Janeiro.
- De Lauretis, Teresa (s/f) *La violencia retórica. Consideraciones sobre representación y género*. Travesías 2, Buenos Aires.
- del Olmo, Carolina (2013) *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Capital intelectual. Buenos Aires.
- Del Río Fortuna, Cynthia. (2009). "Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona". *Revista Runa*, (1), pp 79-95, 2009 FFYL - UBA.
- de Noronha, Ana Beatriz (2014) "Filantropocapitalismo: ¿Qué significa este término para la salud del mundo?". *Revista RETS* (Red internacional de educación de técnicos en salud) Año 6, N°21. Río de Janeiro. www.rets.epsjv.fiocruz.br [consulta febrero 2016].
- Diniz, Carmen Simone (2005) "Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento". *Ciencia & Saúde Colectiva*. 10(3) 627-637.
- Duby, Georges y Perrot, Michelle (2000). *Historia de las mujeres. Tomo 2. La edad media*. Taurus. Madrid.
- Dussel, Enrique (1994) *1492 El encubrimiento del otro. Hacia el origen del "mito de la Modernidad"*. Plural y Facultad de Humanidades y ciencias de la educación, Universidad Mayor de San Andrés. La Paz.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1990) *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Taurus Humanidades, Madrid.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (2006). *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*. Metcalfe & Davenport. Olmué, Chile.

- El Nuevo Herald (2016) *América Latina, líder mundial en cesáreas innecesarias*.
<http://www.elnuevoherald.com/noticias/mundo/america-latina/article18693416.html>.
[consulta abril 2016].
- Erviti Erice, Joaquina (2013) "Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva" en: Agoff, Carolina (Coordinadora), Casique, Irene (Coordinadora) y Castro Roberto (Coordinador) *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/ Miguel Ángel Porrúa. México DF.
- Erviti, Joaquina (2010) "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos- usuarias de servicios ginecológicos". En López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo.
- Esteban, Mari Luz; Comelles, Josep M. y Diez Mintegui, Carmen (eds.) (2010) *Antropología, género, salud y atención*. Bellaterra. Barcelona.
- Farberman, Judith (2005) *Las salamanacas de Lorenza. Magia, hechicería y curanderismo en el Tucumán colonial*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Farberman, Judith (2010). *Magia, brujería y cultura popular. De la colonia al siglo XX*. Sudamericana. Buenos Aires.
- Farge, Arlette (1991) "La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: ensayo de historiografía". *Revista Historia Social* N°9.
- Faúndes Aníbal y Barzelatto, José (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Tercer Mundo. Bogotá.
- Fausto- Sterling, Anne (2006) *Cuerpos sexuados*. Melusina. Barcelona.
- Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Grupo de Trabajo en Educación Médica (2010) *Propuesta de Contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado*. Lima.
- Federici, Silvia (2013) *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños. Madrid.
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta Limón. Buenos Aires.
- Felitti, Karina Alejandra (2012). "Nuevas formas de atención del parto en la argentina de los años sesenta y setenta: debates y experiencias". *Historia, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Fiocruz

- Universidad Federal Fluminense.

- Felitti, Karina (coordinadora) (2011) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Ciccus. Buenos Aires.
- Felitti, Karina (2011) "Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129.
- Femenías, María Luisa (2009) *Raíces y efectos de la violencia contra las mujeres, aspectos de una articulación compleja*. Conferencia en el Congreso sobre Género y Violencia, Córdoba. 28 de mayo del 2009.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth (2007) "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Revista Gerencia y Políticas de salud*, Vol. 6, número 012. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Fernández, Ana María (1994) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós. Buenos Aires.
- Fernández, Ana María (2009) *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Fernández, Ana María (compiladora) (1993) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Paidós, Buenos Aires.
- Figuroa, Juan Guillermo (2001) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. PUIS, PUEG y M.A. Porrúa. México DF.
- Fornes, Valeria Lucía (2009) *Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*. Ponencia en el I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Universidad Nacional de Córdoba.
- Fornes, Valeria Lucía (2010) *Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto*. Ponencia en las VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Fornes, Valeria Lucía (2011) "Parirás con poder... (pero en tu casa) El parto domiciliario como experiencia política contemporánea". En Felitti, Karina (coordinadora) (2011) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Ciccus. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2008a) *La vida de los hombres infames*. Altamira, La Plata.
- Foucault, Michel [1984] (2008b) *Historia de la sexualidad. Vol. 3 La inquietud de sí*. Siglo XXI Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel [1966] (2008c) *El nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel [1975] (2008d) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI

- Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel [2001] (2006) *La hermenéutica del Sujeto*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2001) *Dits et Écrits*, Volumen II (1976-1988). Gallimard, París.
- Foucault, Michel [1976] (2003) *Historia de la sexualidad. Vol. 1 La voluntad del saber*. Siglo XXI Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (1979) *Microfísica del Poder*. La Piqueta, Madrid.
- Fox Keller, Evelyn (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Alfons El Magnanim. Valencia.
- Fraser, Nancy (2014) Entrevista: La justicia como redistribución, reconocimiento y representación. Texto Martha Palacio Avendaño.
<http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arxiu/es/pageb69f.html?id=21&ui=181>. [Consulta Julio 2014]
- Fraser, Nancy (2009) "El feminismo, el capitalismo y la astucia de la historia" *New Left Review* N° 56, Mayo/Junio.
- Fraser, Nancy (2003) "¿De la disciplina hacia la flexibilización? Releyendo a Foucault bajo la sombra de la globalización". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* XLVI (enero-abril). [Consulta 25 de marzo de 2017] Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=42118702
- Fraser, Nancy (1997) ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época "postsocialista" En: *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*, Capítulo I, Siglo de Hombres, Santa Fé de Bogotá, pp. 17-54.
- Fuentes Morúa, Jorge (2000) "Revueltas y el joven Marx. La filosofía de la enajenación". *Revista Polis*. México. [Consulta marzo 2010]. www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20001/pr/pr1.pdf
- Galimberti, Diana (2015) *Violencia Obstétrica*. [Consulta julio 2016]
www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf.
- Ghasarian, Christian (2008) *De la etnografía a la antropología reflexiva*. Serie Antropológica. Del Sol, Buenos Aires.
- Giberti, Eva (1993) "Parto sin temor: el poder que perdemos". En: Fernández, Ana María (compiladora) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Paidós. Buenos Aires.
- Giberti, Eva y otras (1997) *Madres excluidas*. Grupo Norma, Buenos Aires.
- Goffman, Erving [1959] (1993) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Goffman, Erving [1961] (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*

- mentales*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Gómez, Adriana (ed) (2007) *El parto en manos de las mujeres. Humanizando los nacimientos*. Cuadernos Mujer Salud/12. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile.
- Gómez Gómez, Elsa (editora) (1993). *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541.OPS/ OMS. Washington D.C.
- González Prado, Patricia (2015) *Autonomía sexual de las mujeres: El aborto como espiral despatriarcalizadora del derecho*. Tesis Doctoral. Doctorado en Derecho Público y Filosofía Jurídico-Política Departamento de Ciencia Política y de Derecho Público Universidad Autónoma de Barcelona.
- González, Patricia y Yanes, Aleyda (2013) *Violencia contra las mujeres. Quien calla otorga*. INCIHUSA- CONICET; IDEGE- UNCuyo y Descosidas. Mendoza.
- Grimberg, Mabel (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Antropofagia y Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Guber, Rosana (2001) *Etnografía, Método y Reflexividad*. Espacio. Buenos Aires.
- Gutiérrez, Alicia (1994) *Pierre Bourdieu Las Prácticas Sociales*. Universitaria. Universidad Nacional de Misiones/ Dirección General de Publicaciones. Universidad Nacional de Córdoba. Posadas.
- Gutierrez Fuentes, J. A. (2008) "La medicina, una ciencia y un arte humanos". *Educación médica*. Vol.11, suppl.1, pp.11-15. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500003 [consulta dic. 2016].
- Haraway, Donna (1991) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra, Universidad de Valencia. Madrid.
- Harding, Sandra (1987) "Is There a Feminist Method?" en Sandra Harding (Ed.). *Feminism and Methodology*, Bloomington/ Indianapolis. Indiana University Press. 1987.
- Hartmann, Heidi (1985) "El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista" En *Teoría y Política* 12-13.
- Hernando, Almudena (editora) (2015) *Mujeres, hombres, poder*. Traficantes de sueños. Madrid.
- Hernando, Almudena (2012) *La fantasía de la individualidad. La construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Katz, Buenos Aires.
- Hernando, Almudena (2002) *Arqueología de la identidad*. Akal. Madrid.
- Hernando, Almudena (2000) "Hombres del tiempo mujeres del espacio. Individualidad, poder e identidades de género". *Revista del SAET. Separata de arqueología espacial* 22. Teruel. Pag. 23-44.

- Hirigoyen, Marie- France [1998] (2014) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós contextos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Hirigoyen, Marie- France (2008) *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós contextos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Huacuz Elías, María Guadalupe (coordinadora) (2012) *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica*. Itaca/UAM-Xochimilco. México DF.
- Illich, Iván (1978) *Némesis Médica*. Ed. Joaquín Mortiz, S.A. México D.F.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - UNASUR (2015) *Atención Primaria de la Salud en suramérica*. ISAGS, Río de Janeiro.
- Isac, Rosa y Canevari, Cecilia (2012). "El acceso a la ligadura tubaria: políticas, tutelaje y subjetividades". *Ponencia en las XI Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VI Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*. San Juan.
- Jerez, Celeste. Paradojas de la "Humanización" del parto: ¿Qué partos merecen ser "empoderados"? (inédito)
- Jerez, Celeste (2014) "Partos empoderados": clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. *Ponencia en el XI Congreso Argentino de Antropología Social*. Rosario.
- Johnson, Candace (2008) "The Political "Nature" of Pregnancy and Childbirth". *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique*, Vol. 41, No . 4 (Dec., 2008), pp. 889-913 Published by: Canadian Political Science Association and the Société québécoise de science politique Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/27754405> [consulta febrero 2016].
- Juliano, Dolores (1992) *El juego de las astucias. Mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Horas y Horas. Madrid.
- Juliano, Dolores (2009) "Delito y pecado. La trasgresión en femenino". *Revista Política y Sociedad*. Vol. 46 Núm. 1 y 2: 79- 95.
- Jordan, Brigitte [1978] (1993) *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Fourth Ed. Prospect Heights, Waveland Press, Illinois.
- Kramer, Heinrich y Sprenger, Jacobus (1486) *Malleus Maleficarum*.
<http://www.malleusmaleficarum.org/downloads/MalleusEspanol1.pdf> [consulta abril 2014]
- La Nación (2011). <http://www.lanacion.com.ar/1338311-que-dicen-las-cifras-de-la-argentina-y>
<http://www.lanacion.com.ar/1338310-las-mujeres-prefieren-el-parto-natural>. [consulta julio 2015]
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2003) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas,*

- putas, presas y locas*. Universidad Autónoma de México. México DF.
- Lamas, Marta (compiladora) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México y Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Lander, Edgardo (compilador) (2005) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. UNESCO y CLACSO. Buenos Aires.
- Le Breton, David (2008) *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Leite Dos Santos, Marcos (2002) *Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico*. Dissertação submetida ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde Pública. Florianópolis, Santa Catarina.
- Lemaitre Ripoll, Julieta (2007) "Fetichismo legal: derecho, violencia y movimientos sociales en Colombia", en *Derecho y pobreza*. Editores del Puerto. Puerto Rico.
- Levin, Silvia (2010) *Derechos al revés ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Espacio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- López Arellano, Oliva; Escudero, José Carlos y Luz Dary Carmona (2008) "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". *Revista Medicina Social*. www.medicinasocial.info/ volumen 3, número 4, noviembre.
- López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) (2010) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo.
- Lugones, María (2008). "Colonialidad y género". *Tabula Rasa*, Julio-Diciembre, 73-101.
- Luz, Madel Terezinha (2005). *Novas práticas em saúde coletiva*. En de Souza Minayo, Maria Cecília e Coimbra, Carlos E. A. Jr. (Orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Editora Fiocruz. Scielo books. Río de Janeiro.
- Luz, Madel Terezinha (1997) *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Maffía, Diana (s/f-1) *Cuerpos, fronteras, muros y patrullas*. www.dianamaffia.com.ar [consulta junio 2013].
- Maffía, Diana. (s/f-2) *Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica*. www.dianamaffia.com.ar [consulta junio 2013].
- Maffía, Diana (2003) *Sexualidades Migrantes*. Feminaria. CABA.
- Maffía, Diana (2007). "Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la

- ciencia”, en *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* N° 28 "Filosofía Feminista".
- Maffía, Diana (2007) prólogo del libro: Rodríguez, Marcela (dirección) (2007) *Reformas judiciales, acceso a la justicia y género*. Ciepp. Ciudad de Buenos Aires
- Maffía, Diana y Hurtado Neira, Josefina (2007) *Cuerpo, conocimiento, emoción y ciudadanía*. Católicas por el derecho a Decidir. Buenos Aires.
- Magnone Alemán, Natalia (2010) *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de Maestría en Sociología de la Universidad de la República, Montevideo.
- Magnone Alemán, Natalia (2013) “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian” en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Córdoba. ISSN: 1852.8759. pp. 79-92. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/244>. [Consulta julio 2016]
- Martínez, Ana Teresa (2007) *Pierre Bourdieu. Razones y lecciones de una sociología práctica*. Manantial, Buenos Aires.
- Marion, Bibiana y Echazú, Gretel. (2010) "La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la diada madre – hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna". *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*. ISSN 1984-6487 / N°5 - 2010 - pp.119-143.
- Maturana, Humberto (1997) *La objetividad. Un argumento para obligar*. Dolmen. Santiago de Chile.
- Menéndez, Eduardo (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8- N°1- Rio de Janeiro.
- Millett, Kate (1995) *Política sexual*. Cátedra. Madrid
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Salud Materno Infantil Diagnóstico de situación República Argentina, 2005-2014*. CABA
- Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF (2011) *Maternidad segura y centrada en la familia. Conceptualización e implementación del modelo*. CABA.
- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios Subsecretaría de Salud Comunitaria (2010) *Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. CABA.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. CABA.
- Muller, Mónica (2014) *Sana sana. La industria de la enfermedad*. Sudamericana. Buenos Aires.
- Mota André y Lilia Blima Schraiber (2014) "Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-

- metodológicas" *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4):1085-1094. Rio de Janeiro.
- Naciones Unidas (2013) Juan E. Méndez. *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/HRC/22/53.
- Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos. Buenos Aires.
- Navarro, Marysa y Stimpson, Catharine (compiladoras) (1999) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Nugent, Guillermo (2005) "El orden tutelar". En: *La trampa de la moral única*. Publicación de la Campaña por los derechos sexuales y reproductivos. Lima.
- Nussenzweig Hotimsky, Sonia (2010) "Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil". En López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo.
- Odent, Michel (2009) *La cesárea. ¿Problema o solución?* La liebre de marzo. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2015) *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra.
www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf [consulta julio, 2016]
- Organización Mundial de la Salud- OMS (1985) "Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto". *Revista Lancet* 1985; 2:436-437.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [consulta julio, 2016].
- Oxfam (2017) *Una economía para el 99%*. www.oxfam.org/file_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf. [consulta enero 2017]
- Oxfam (2016) *Una economía al servicio del 1%*. www.oxfam.com [consulta enero 2016]
- Oxfam (2015) *Informe temático. Riqueza. Tenerlo todo y querer más*. www.oxfam.org [consulta enero 2015]
- Palazzi, Virginia; Arenas, Patricia y Canevari, Cecilia (2014) "Abramos los ojos, ya es hora de ver: reflexiones sobre una campaña para la eliminación de la violencia contra las mujeres". *Revista Comunicação & Inovação*, São Caetano do Sul, v. 15, n. 28:(11-19) jan-jun 2014.
- Paredes, Julieta y Guzmán, Adriana (2015) *¿Qué es el feminismo comunitario? Bases para la despatrarcalización*. 2º edición. Mujeres creando comunidad. La Paz.
- Passos Nogueira, Roberto (2008) *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Lugar. Buenos Aires.

- Pateman, Carole (1995) *El contrato sexual*. Antropos. Barcelona.
- Peñas Defago, María Angélica y Vaggione, Juan Marco (compiladores) (2011) *Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina*. Católicas por el Derecho a Decidir. Córdoba.
- Pérez López, Faustino (2013) Cambia la definición de embarazo a término.
<http://www.gineblog.com/obstetricia/embarazo-y-parto/cambia-la-definicion-de-embarazo-a-termino.html>. [Consulta febrero 2015].
- Perrot, Michelle (2008) *Mi Historia de las Mujeres*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Petchesky, Rosalind (2000) *Derechos sexuales. Inventando un concepto, Trazando el mapa de la práctica internacional*. Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping An International Practice, en: Framing the Sexual Subject, ed. Richard Parker, et al. (University of California Press, 2000), pp. 81-103. Traducido por el Cladem, 2002.
<http://www.convencion.org.uy/menu8.htm> [consulta enero 2008].
- Piedra Guillén, Nancy (2005) “Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género”. *Revista de Ciencias Sociales*: 106, 2004 (IV) – 107 2005: 123- 141. Costa Rica.
- Piñero, Laura (1998). *Felices por un rato*. Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa.
- Pozzio, María (2016) "La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica" *Estudios Feministas*, Florianópolis, 24(1): 406, janeiro-abril.
- Pozzio, María (2014) "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México". *Revista Salud colectiva*. Vol.10, n.3, pp. 325-337. Universidad Nacional de Lanús. Lanús.
- Pozzio, María (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. IDES. Buenos Aires.
- Pronunciamento del feminismo comunitario latinoamericano en la Conferencia de los Pueblos sobre cambio climático. <http://perspectives.apps01.yorku.ca/2010/05/08/pronunciamento-del-feminismo-comunitario-latinoamericano-en-la-conferencia-de-los-pueblos-sobre-cambio-climatico/> [Consulta febrero 2016]
- Quijano, Aníbal (2000a) *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En libro: Lander, Edgardo (comp.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. UNESCO y CLACSO, Buenos Aires.
- Quijano, Aníbal (2000b). “Colonialidad del poder y clasificación social”. En *Journal of world systems research*. VI, 2, Summer/fall. 342-386.
- Quijano, Aníbal (2014) *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ descolonialidad del poder*. Selección a cargo de Danilo Assis Clímaco. CABA: CLACSO.

- Ramos, Silvina (1983) *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Cedes. Buenos Aires.
- Ramos, Silvina; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?*, CEDES. Buenos Aires.
- Rattner, Daphne (2009) "Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico". *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.
- Rich, Adrienne (1999) "La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana". En Navarro, Marysa y Stimpson, Catharine (compiladoras) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2010) *Violencias (re) encubiertas en Bolivia*. La mirada salvaje y Piedra rota. La Paz.
- Rivera Garretas, María Milagros (2002). *El fraude de la igualdad*. Librería de Mujeres. Buenos Aires.
- Rodrigues, José Carlos (1999) *O corpo na história*. Fiocruz. Río do Janeiro.
- Rodríguez Agüero, Eva y Ciriza Alejandra (2012) "Viajes apasionados. Feminismos en la Argentina de los 60 y 70". *labrys, études féministes/ estudos feministas*. juillet/décembre 2012. <https://www.labrys.net.br/labrys22/aventure/alejandra%20ciriza.htm> [Consulta julio 2016]
- Romero, Mariana; Chapman, E.; Ramos, S. y Ábalos, E. (2010) "La situación de la mortalidad materna en la Argentina", *Hoja Informativa N° 1, OSSyR*. Buenos Aires,
- Rostagnol, Susana y Viera, Mariana (2006). *Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud*. En Checa, Susana (compiladora) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rubin, Gayle (1996) [1975] "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo". En Lamas, Marta (compiladora) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México y Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Rubin, Gayle (1989) *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad* En: Vance, Carole S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Ed. Revolución, Madrid.
- Sadler, Michelle (2003). *Así nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología. Santiago de Chile.
- Salazar Antunes, Gilda (2001) *Un cuerpo propio*. Prepared for delivery at the 2001 meeting of the Latin American Studies. Association, Washington DC, September 6- 8, 2001. Centro de

- Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, Sonora, México.
- Saletti Cuesta, Lorena (2008) *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*. Revista Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista, 7 . pp. 169-183. <http://www.bdigital.unal.edu.co/50631/#sthash.d3PR8LXN.dpuf> [Consulta noviembre 2016]
- Samaja, Juan (2009) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar. Buenos Aires.
- Scott, James C. (2004) *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. ERA. México DF.
- Scott, Joan (1997) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas, Marta (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG- UAMy Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Schraiber, Lilia Blima y D'Oliveira, Ana Flavia Pires Lucas (2014). "La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña". *Salud colectiva*. 2014;10(3):301-312.
- Schraiber, Lilia Blima (2010) "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate". En: López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo.
- Schraiber, Lilia B. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, Lilia B. (1996) Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v.12, p.45-50.
- Schraiber, Lilia B. (1995a). O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública*, 11(1), 57-64.
- Schraiber, Lilia B. (1995b). "Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde". *Saúde em Debate* (47), 28-35.
- Segato, Rita Laura (2016) *La guerra contra las mujeres*. Traficante de sueños. Madrid.
- Segato, Rita Laura (2015) *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Prometeo. CABA.
- Segato, Rita Laura (2014) "El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonialidad". *Estudios Feministas*, Florianópolis, 22(2): 593-616, maio-agosto/2014
- Segato, Rita Laura (2013) *Informe de experta. Derecho a una vida libre de violencias*. En

- Tribunal Internacional de Derechos de las Mujeres. Viena +20. Euskalherria. Editado por Murabik Gabe. Bilbao.
- Segato, Rita Laura (2012) "Optar por la madre: historia y libertad de la raza latinoamericana" Conferencia dictada en la Casa Castro, Santiago del Estero, el 4 de septiembre.
- Segato, Rita Laura (2011) "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial". En Bidaseca, Karina y Vazquez Laba, Vanesa. *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América latina*. Godot. Buenos Aires.
- Segato, Rita Laura (2010) *Las mujeres nunca sufrieron tanta violencia doméstica como en la Modernidad*. Entrevistada por Mariana Carbajal. Diario Pagina 12/ 8 de febrero.
- Segato, Rita Laura (2007) *La Nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la Identidad*. Prometeo libros. Buenos Aires.
- Segato, Rita (2009) "Indagaciones sobre violencia y género. Construyendo nuevas categorías". *Revista Al sur de todo*. Entrevista de Celeste Pérez Alvarez.
- Segato, Rita Laura (2004a) *Antropología y derechos humanos: Alteridad y ética en el movimiento de los derechos universales*. Serie Antropología 356. Universidad de Brasilia.
- Segato, Rita Laura (2004b) *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Serie Antropología 362. Universidad de Brasilia.
- Segato, Rita Laura (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes/ Prometeo. Bernal.
- Sen, Gita; George, Asha y Östlin, Pirooska (2005) *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS/ OMS/ Harvard Center for Population and Development Studies.
- SER (2016) Alertan sobre el aumento de las donaciones de la industria farmacéutica a la OMS. <https://www.miradaprofesional.com/ampliarpagina.php?npag=2&id=3957>. [Consulta agosto 2016].
- Serías para el debate N°5 (2007) *Sexualidad, pobreza y reproducción*. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Lima.
- Sibrian, Nairbis (2016) "El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Córdoba. pp. 27-38.
- Silverblatt, Irene (1990). *Luna, sol y brujas. Género y clase en los andes prehispánicos y coloniales*. Centro de estudios regionales andinos "Bartolomé de las Casas". Cuzco.

- Sontag, Susan (1996) *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Taurus. Buenos Aires.
- Spinelli, Hugo (2016) *Parto natural versus cesárea. Bien paridas*. "Revista Anfibia" UNSAM. <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/bien-paridas/#sthash.MXbplvMw.dpuf> [Consulta noviembre 2016].
- Stern, Claudio y Echarri, Carlos (1999) *Salud reproductiva y sociedad*. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. México DF.
- Stolcke, Verena (2009) "A propósito del sexo". *Política y Sociedad*, Vol. 46 Núm. 1 y 2: 43-55. Barcelona.
- Stolcke, Verena (2000) "¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad?". *Política y Cultura*. N°14 . Universidad Autónoma Metropolitana. México DF.
- Szulik, D.; Gogna, M.; Petracci, M.; Ramos, S. y Romero, M. (2008) "Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos", en *Salud Pública de México*, vol. 50, N° 1. México DF.
- Tambiah, Yasmin (1995) "Sexualidad y Derechos Humanos". Título original: Sexuality and human rights, en: *From Basic Needs to Basic Rights: Woman's claim to Human Rights*; Woman Law and Development International, ed. Margaret Schuler, Washington D.C., 1995, pp. 369-390.
- Tajer, Debora (compiladora) (2012) *Género y Salud. Las políticas en acción*. Lugar. Buenos Aires.
- Tajer, Debora (2009) *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Paidós. Buenos Aires.
- Tarducci, Mónica (2011) *La adopción. Una aproximación desde la antropología del parentesco*. Librería de Mujeres. Buenos Aires.
- Tarducci, Mónica (compiladora) (2014) *Feminismo, lesbianismo y maternidad*. Librería de mujeres. Buenos Aires.
- Tarducci, Mónica (organizadora) (2008) *Maternidades en el siglo XXI*. Espacio. Buenos Aires.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Society for Maternal-Fetal Medicine. COMMITTEE OPINION Definition of Term Pregnancy. Number 579. November 2013.
www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co579.pdf?dmc=1&ts=20131027T1622371854 [consulta mayo 2015]
- Tornquist, Carmen Susana (2002) "Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd". *Revista Estudos Feministas*. N°2- 2002.
- Tornquist, Carmen Susana (2002) "Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da

- humanização do parto". *Revista Estudos Feministas*. N°2- 2002.
- Tornquist, Carmen Susana (2003) "Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S419-S427, 2003.
- Tornquist, Carmen Susana (2004) *Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Antropologia. Florianópolis (inédita).
- UNICEF (2012) Estado Mundial de la Infancia 2012. Niños y niñas en un mundo urbano.
http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Main%20Report%20LoRes%20PDF_SP_03132012.pdf. [consulta mayo 2015]
- Uranga, Alfredo; Jorge Urman; Celia Lomuto; Inés Martínez; María Juliana Weisburd; Oscar García; Diana Galimberti y Marta Queiruga (2010) *Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.
- Urrego, Eliana (2007) "La consulta ginecológica, la mirada médica sobre el cuerpo desnudo". *Informes Psicológicos*, No. 9 p. 71- 99 Medellín.
- Vacani, Pablo (2008) *La utilización de las herramientas sociológicas de Pierre Bourdieu en el campo punitivo*. Trabajo presentado en el Encuentro de Jóvenes Investigadores/8. Santiago del Estero.
- Vacani, Pablo (2007) "Cómo pensar la resocialización". *Revista Asociación Pensamiento Penal*.
http://www.derecho.uba.ar/investigacion/investigadores/publicaciones/vacani-como_pensar_la_resocializacion.pdf [consulta, julio 2016].
- Vaggione, Juan Marco (2017) *La moral que necesita el neoliberalismo*. Página 12. 27 de abril.
- Vaggione, Juan Marco (2005) "Entre reactivos y disidentes. Desandando las fronteras entre lo religioso y lo secular". En *La Trampa de la Moral Única*. Publicación de la Campaña por los derechos sexuales y reproductivos. Lima.
- Valls- Llobet, Carme (2010) "La salud bio-psico-social re-generada" *Quaderns de Psicologia*. Vol. 12, No 2, 175-181. www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/807. [consulta, diciembre 2016]
- Valls- Llobet, Carme (2009) *Mujeres, salud y poder*. Cátedra. Madrid.
- Videla, Mirta y Grieco, Alberto. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Wagner, Marsden (2006) "El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto". *Medicina Naturista*, N° 10: 598-610
- Wagner, Marsden (2002). *El nacimiento en el próximo milenio*. Conferencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, 20-22 de octubre del 2000, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Wagner, Marsden (2000) "Choosing caesarean section". *Lancet*, 00995355, 11/11/2000, Vol. 356, Fascículo 9242.

Wagner, Marsden (1998) "The Public Health versus Clinical Approaches to Maternity Services: The Emperor Has No Clothes" *Journal of Public Health Policy*. Vol. 19, No. 1, pp. 25-35

Wagner, Marsden (1995) "A global witch-hunt". *Lancet*. 10/14/1995, Vol. 346 Issue 8981, p1020. 3p.

WHO (2009) Estadísticas Sanitarias Mundiales.

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf.

[consulta mayo 2015].

WHO (2011) Estadísticas Sanitarias Mundiales.

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf.

[consulta mayo 2015]

Yañez, Sabrina Soledad (2015) *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001 - 2013)*
Tesis para optar al título de Doctora en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras.
Universidad de Buenos Aires (inérita)

Leyes, decretos reglamentarios, fallos y convenciones internacionales.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer- CEDAW*.

Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, (1994) *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.*
"Convención De Belem Do Para"

Código Penal. Artículo N°86 Sobre la interrupción legal del embarazo. Año 1922.

Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (1995) Beijing

Decreto Reglamentario 2035/2015. Ley Nacional N°25.929. 1 de octubre del 2015.

Decreto Reglamentario 1011/2010 del Poder Ejecutivo Nacional. 19 de julio del 2010. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

Fallo F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Corte Suprema de Justicia de la Nación. 13 de Marzo de 2012.

Ley Nacional N° 25.673 Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por ley nacional y ley provincial. Año 2005.

Ley Nacional N° 25.929. e Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Año

2004.

Ley Nacional N° 26.130 (2006) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. La ley de ligadura tubaria y vasectomía

Ley Nacional 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. Año 2009.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (N°38.647/2007). Venezuela.

Naciones Unidas. *Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura: Chile*. 14/06/2004. CAT/C/CR/32/5. (Concluding/Observations /Comments). Año 2004.

Recursos de información:

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina (OSSyR). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
<http://www.ossyr.org.ar/>

Recursos audiovisuales

Chiarotti, Susana (2016) Entrevista radial de la Red nosotras por el mundo.

Conversatorio sobre la Antología Esencial de Anibal Quijano - CESMECA.

<https://www.youtube.com/watch?v=6hGKHdIbTEQ> (Agosto 2015)

Con todo al aire. INSGENAR. Rosario.

Maffía, Diana (2015) Crítica feminista del derecho. <https://www.youtube.com/watch?v=X-aoPK-v57M> [consulta febrero 2017]

Segato, Rita (2012). "Optar por la madre: historia y libertad de la raza latinoamericana" Conferencia dictada en la Casa Castro, Santiago del Estero, el 4 de septiembre.

Segato, Rita (2014) Conferencia en la Universidad Nacional de Córdoba. "Voces, cuerpos y derechos en disputa2.

Las formas de nacer (documental). Historias de mujeres por un parto respetado.

<https://www.youtube.com/watch?v=fk53z77qAsE&feature=share>

Ella es hermosa cuando está enojada.

Sicko. Michel Moore.

Notas periodísticas

El Desconcierto: Violencia obstétrica: El currículum oculto que legitima prácticas indebidas en la formación universitaria. <http://www.eldesconcierto.cl/2016/12/19/violencia-obstetrica-el-curriculum-oculto-que-legitima-practicas-indebidas-en-la-formacion-universitaria/> [consulta marzo 2017]

Revista Anfibia: <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/parto-respetado-aguantate-sola/> [consulta marzo 2017]

Producción de material radial:

Arenas, Patricia; Canevari, Cecilia; Isac, Rosa y Carreras, Marita. Producción Celia Lescano, Producción técnica: René Montoya. Actrices, Grupo Teatral “Yo Casta”: Mariela Díaz, María Elena Nuñez, Miryam Berra, Mariana Sayazo, Analía Valentín, Carlos Arismendi y Vicente Spitale. (2008). Producción de CD con 10 Spots Radiales “*Junt@s por un Parto Respetado*”. ISBN 978-987-05-6005-0. Pagina Web Radio Universidad UNSE. <http://www.radiouniversidad.unse.edu.ar/html/spot.html>

Anexo N°1

Metodológico

(los nombres y las iniciales de las personas entrevistadas son ficticias)

Entrevistas en el Hospital del Gran Buenos Aires (2013- 2015)

Entrevistas a Funcionarios/as:

Entrevista a Directora de Salud del Municipio del área del Hospital

Entrevista Directora del HGBA

Entrevista al Jefe de la Maternidad. Manuel Asturias.

Entrevista al Jefe y subjefe de la Maternidad.

Tercera entrevista a Jefe de la Maternidad

Entrevista a Jefe del Centro obstétrico (en tres partes)

Entrevista a referente de la Relacahupan

Entrevistas a profesionales MGBA:

Entrevista médico de planta y instructor de residentes. Marcos Estevez.

Entrevista a médico de planta.

Grupo residentes médicas

Grupo focal en office de medicina

Entrevista Alejandra (obstétrica)

Entrevista a Mónica. (obstétrica)

Entrevista a Ana (trabajadora social)

Entrevista Mirta y Angela (enfermeras)

Grupo residentes obstétricas

Entrevista a L. médico de Htal Municipal.

Entrevistas a usuarias y familiares

Entrevista a Alicia (31 años. Primer hijo, embarazada 8 meses).

Entrevista a Araceli (20 años, embarazo complicado y cesárea de urgencia)

Entrevista a Carolina (18 años, embarazada de 5 meses)

Entrevista Valeria parte 1 y 2 (36 años, dos hijos. El último sorpresivamente en el domicilio)

Entrevista a Verónica (21 años, 3 hijas)

Entrevista a Yuli (19 años, 1º hijo por cesárea)

Grupo focal Mujeres internadas en el 7º piso

Entrevista a Cecilia (30 años, 3 hijos) y su pareja.
Entrevista a Clara (20 años, 2 hijos) y Ezequiel su pareja (25 años)
Entrevista a Carmen (acompañante) (40 años acompañando a su nuera internada)
Entrevista a Carmen, continuación sobre hecho de violencia observado por ella
Entrevista a Alejandro (acompaña a su mujer de 35 años, seis hijos este último por cesárea)
Entrevista Elena, parto respetado en el Hospital Alvarez CABA (28 años, ecuatoriana. 1º hijo)
Entrevista Soledad (clínica de la madre y el Niño, Quilmes)
Grupo Focal- Tigre – Bachi Popular

Entrevistas en el Hospital de Santiago del Estero (2006-2010)

Entrevistas a funcionarios/as

Jefe del servicio de la Maternidad. (Ernesto Peñaloza).
Directora de Maternidad e Infancia.
Jefa de Enfermería del HSE. E.D.
Entrevista a FR investigador del CONICET, 2016

Entrevistas a profesionales

Entrevista a ME (enfermera de terapia intensiva)
Grupo focal con médicos/as residentes I parte
Grupo focal con médicos/as residentes II parte
Grupo focal con obstétricas/os
Grupo focal con residentes de obstetricia
Grupo focal con enfermeros/as

Entrevistas a usuarias

Entrevista a Alicia (Entrevista informal en la sala de espera).
Entrevista a Romi (22 años. 1 hijo)
Entrevista a Silvia (Sin edad. Un hijo muerto en el parto y embarazada del 2º)
Entrevista a Pamela (23 años. 2 hijos/as)
Entrevista a Mónica (35 años. 2 hijos/as)
Entrevista a Zulema (38 años)
Entrevista a Daniela (20 años. 1 hijo)
Entrevista a Susy (35 años. 7 hijos/as)
Entrevista a Mirta (40 años. 5 hijos/as)
Entrevista a María Marta (28 años. Tuvo un aborto espontáneo)
Entrevista a Mariet (17 años. 1 hijo)
Entrevista a Marta (32 años. 2 hijos/as)

Entrevista a Ruth (17 años. 1 hijo)
 Entrevista a Antonia (20 años. 1 hijo)
 Entrevista a Valeria (17 años. 1 hijo. Cesárea)
 Entrevista a Roxi (sin referencia de edad y nº de hijos)
 Entrevista a Gladys (41 años. Solicita un aborto no punible)
 Grupo Focal en un barrio de la capital de Santiago del Estero I
 Grupo Focal en un barrio de la capital de Santiago del Estero II

Encuesta sobre prácticas de atención obstétrica

Esta encuesta se realiza dentro de un marco de colaboración entre la Comisión de estudio y prevención de violencia de género y la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones contra la Violencia de Género), del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Su objetivo es recabar información acerca de la manera en que las y los profesionales de la salud evalúan las prácticas de atención obstétrica.

La realización de esta encuesta es anónima. Los datos personales solicitados no son identificatorios y serán utilizados exclusivamente con fines estadísticos. La información suministrada contribuirá a mejorar la calidad de la atención obstétrica.

Agradecemos su tiempo y su colaboración.

Por favor, indique:

Edad:
Sexo:
Profesión:
Provincia de residencia:

El siguiente es un listado de prácticas. Por favor, indique con una escala de 0 a 5 el grado de violencia que, a su parecer, le corresponde a cada práctica, siendo 0 = prácticas no violentas y 5 = prácticas de violencia extrema.

Indique en los recuadros de la derecha el grado de violencia correspondiente a cada práctica	0	1	2	3	4	5
1- Realizar legrado uterino o AMEU sin anestesia.						
2- Limitar la posibilidad de elegir la alternativa más aceptable de intervención, cuando exista más de una.						
3- Impedir a la mujer estar acompañada durante todo el proceso por una persona de su confianza.						
4- Amenazar, descalificar, insultar o gritar a la mujer.						
5- Culpabilizar a la mujer por cualquier resultado adverso.						
6- Prohibir o censurar las expresiones espontáneas de la mujer.						
7- Descalificar las pautas culturales de la mujer o sus acompañantes.						

8- Requerir el consentimiento de la pareja o familia de la mujer cuando ella está consciente.						
9- Realizar actividades de investigación y/o docencia sin consentimiento expreso de la mujer.						
10- Negar analgesia o anestesia en casos de dolor extremo.						
11- Requerir a las mujeres en la atención pos aborto la confesión de la práctica.						
12- Condicionar la atención pos aborto a la respuesta de preguntas sobre la causa del aborto.						
13- Negar a la mujer que llega con un aborto en curso analgésicos para mitigar el dolor.						
14- Retacear la información sobre anticoncepción y el acceso al método anticonceptivo de elección en la atención pos aborto.						
15- Obstruir el acceso a servicios autorizados de salud como el aborto no punible, la atención posaborto y la esterilización quirúrgica.						
16- Denunciar ante las autoridades a la mujer que ingresa a la institución por aborto.						
17- Informar sobre el estado de salud de la mujer y las razones de su internación a las/os acompañantes sin el expreso consentimiento de la mujer.						
18- Utilizar un lenguaje excesivamente especializado, incomprensible para la mujer y su(s) acompañante(s).						
19- Hacer monitoreo fetal electrónico de rutina.						
20- Limitar la libertad de movimiento durante el trabajo de parto						
21- Imponer la posición de litotomía para el momento del expulsivo en un trabajo de parto con frecuencia cardíaca fetal normal.						
22- Rasurar los genitales.						
23- Realizar enema evacuante.						
24- Dilatar manualmente el cuello sin analgesia peridural.						
25- Realizar un legrado uterino instrumental cuando es viable la aspiración manual endouterina (AMEU).						
26- Negar a las mujeres con cesárea anterior la posibilidad de un parto vaginal.						
27- Demorar o acelerar el trabajo de parto o la resolución de un aborto por conveniencia personal o para castigo a la mujer.						
28- Romper en forma artificial las membranas.						
29- Efectuar maniobra de Kristeller para acelerar el descenso por el canal de parto.						

30- Realizar maniobra de Hamilton para inducir el parto.						
31- Administrar oxitocina sintética para inducir el parto.						
32- Realizar episiotomía de rutina.						
33- Retacear información sobre los derechos de las mujeres en la atención obstétrica.						
34- Retacear la información sobre las prácticas que se realizan sobre la mujer o su hija/o.						
35- Separar a la mujer de su hija/o luego del nacimiento por rutinas institucionales.						
36- Impedir la lactancia materna.						
37- Forzar la lactancia materna.						

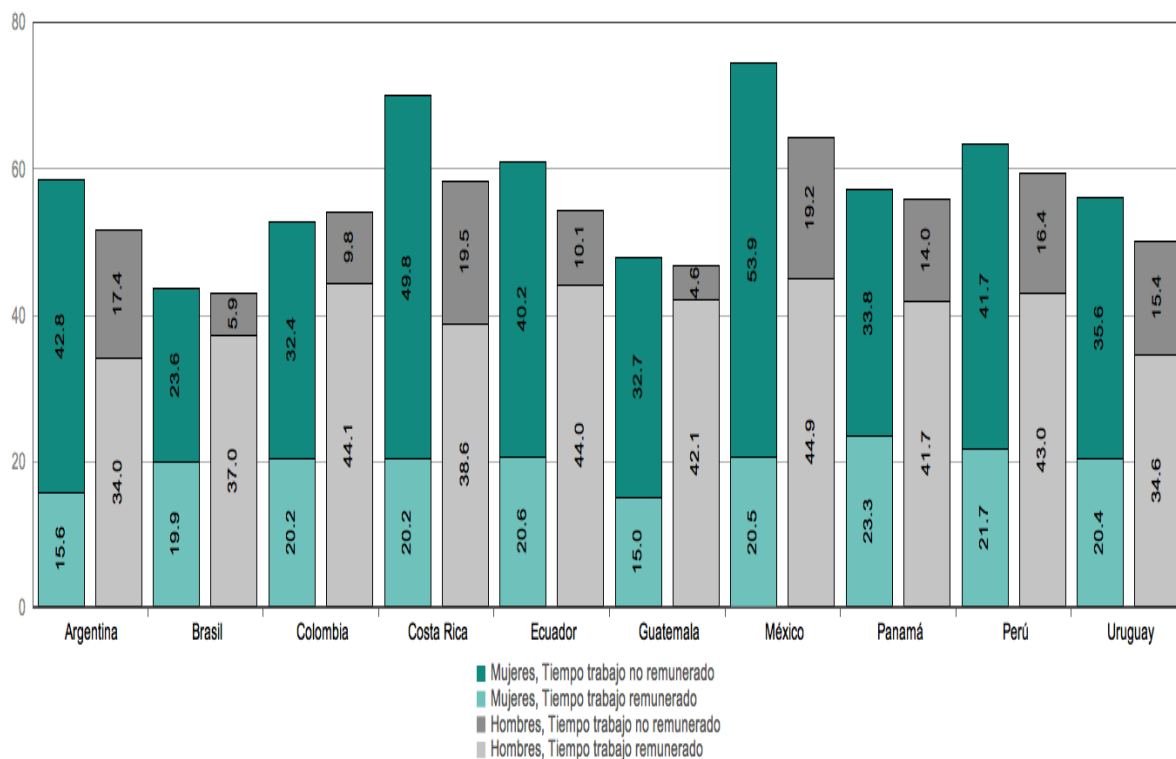
Si tiene comentarios o inquietudes referentes a las prácticas enunciadas, por favor, agréguelos a continuación:

Muchas gracias por tiempo y su colaboración.

Anexo N°2

Tiempo total de trabajo. América Latina (10 países).

Tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población de 15 años de edad y más, por sexo, según país, último período disponible (Promedio de horas semanales)



Fuente: CEPAL- Observatorio de Igualdad de género. 2016. <http://oig.cepal.org/es>

Anexo N°3

Leyes y Decretos reglamentarios (Ley N°25929 y Ley N°26.529)

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.

Declaración sobre difusión del Parto Humanizado

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN DECLARA:

Solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1°.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2°.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3°.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o

docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º.- La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro.

Sanción.- 25 de agosto de 2004

Promulgación.- 17 de septiembre de 2004

Decreto 2035/2015

Bs. As., 24/09/2015 **Fecha de Publicación:** B.O. 1/10/2015

VISTO el Expediente N°1-2002-24884-14-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 25.929, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Asimismo, la referida Ley regula los derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Que dicha Ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el

estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Que asimismo, en la citada norma se destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del/la recién nacido/a a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado del/la recién nacido/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o el/la recién nacido/a, no pudiendo tampoco ser el/la recién nacido/a objeto de examen o intervención con propósitos de investigación, salvo que mediare la expresa voluntad de sus representantes legales intervinientes, manifestada por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Que por otra parte, la Ley presta una especial consideración a los derechos del padre y la madre del/la recién nacido/a en situación de riesgo y a la exigencia del consentimiento expreso para la realización de exámenes o intervenciones con fines investigativos. Como así también, a la intensificación de los derechos a la información y acceso continuado al/la recién nacido/a.

Que los términos de dicha Ley deberán entenderse siempre en el sentido que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Que, en lo que refiere al/la recién nacido/a, la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO dispone en su Preámbulo que tal como se indica en la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, “el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1 y 2 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación de la Ley N°25.929 sobre Parto Humanizado, que como ANEXO I forma parte integrante de la presente medida.

Art. 2° — Facúltase al MINISTERIO DE SALUD, como Autoridad de Aplicación, a dictar las disposiciones complementarias que considere necesarias para el cumplimiento de la referida Ley y la presente reglamentación. La SUBSECRETARÍA DE MEDICINA COMUNITARIA, MATERNIDAD E INFANCIA, dependiente de la SECRETARÍA DE SALUD COMUNITARIA, del MINISTERIO DE SALUD, tendrá a su cargo la realización de acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de la Ley y la presente reglamentación, así como la coordinación de acciones con los demás organismos nacionales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provinciales, municipales, y de las entidades no gubernamentales, universidades e instituciones académicas.

Art. 3° — El presente Decreto entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. —

FERNÁNDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Daniel G. Gollan.

ANEXO I

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 25.929 ARTÍCULO 1°.- Tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga, deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el

cumplimiento de la Ley N° 25.929. ARTÍCULO 2°.- a) El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida.

b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26.485 de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

c) SIN REGLAMENTAR.- d) Ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso. e) El equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y/o acompañante, sobre el avance del embarazo, el estado de salud del/a hijo/a por nacer y de las demás circunstancias relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, posparto y/o el puerperio. f) Se entenderá por “Comité de Bioética” a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente. g) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto. No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante. En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz. No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer. Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as. Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada. Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto. h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito. i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación.

Los cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), deberán proveer la información y los materiales que favorezcan el desarrollo de la lactancia. Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud. Asimismo, se deberá asesorar e informar en forma comprensible y suficiente acerca de la salud sexual y reproductiva, la lactancia y la crianza, incluyendo en dicha información las características y efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como su provisión en los términos de

lo estipulado por la Ley N° 25.673, sus normas concordantes y complementarias. También, deberán incluir información acerca de los procedimientos asistenciales durante el trabajo de parto y hacia el/la recién nacido/a, inclusive los reglados por la presente norma.

k) Las instituciones sanitarias deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo problemático de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol y/o las drogas sobre el/la niño/a y la madre. ARTÍCULO 3°.-

a) El equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al/la recién nacido/a. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del/la niño/a.

b) La identificación del/la recién nacido/a deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. c) SIN REGLAMENTAR.- d) El tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en CUARENTA Y OCHO (48) horas para un parto vaginal y en SETENTA Y DOS (72) horas para un parto por cesárea. En todos los casos el equipo de salud deberá constatar que las condiciones psicofísicas del binomio madre-hijo/a sean las adecuadas para su externación y que se hubieran completado los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical.

e) El alta del/la recién nacido/a deberá realizarse brindando la adecuada información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación, debiendo contar el/la niño/a con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como haberse realizado las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes N° 25.415 y N° 26.279, sus reglamentaciones, modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen.

ARTÍCULO 4°.- Se considerará al/la recién nacido/a en situación de riesgo cuando éste/a, por su estado de salud, requiera de internación hospitalaria. a) SIN REGLAMENTAR.- b) Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padre/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de

una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo la documentación acreditante. c) SIN REGLAMENTAR.-

d) Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.

e) SIN REGLAMENTAR.- ARTÍCULO 5°.- SIN REGLAMENTAR.- ARTÍCULO 6°.- Las prescripciones contenidas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929 deberán ser interpretadas y aplicadas en los términos de las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.061, N° 26.529, N° 26.485, N° 26.682, y N° 26.743, normas reglamentarias, complementarias y concordantes. ARTÍCULO 7°.- SIN REGLAMENTAR.-

SALUD PUBLICA

Ley N°26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Sancionada: Octubre 21 de 2009

Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1° — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2° — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;
- d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3° — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4° — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras

personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5° — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6° — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7° — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8° — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9° — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente

fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de

titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A

LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.529 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Anexo N°4

Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento

Declaración de Fortaleza 1985. Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

En abril, la oficina regional europea de la 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 tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, 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 siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo peri natal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención. Los sistemas informales de atención peri natal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre,

su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias. Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste- efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia. La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región

debería tener más de un 10 % de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.

Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto. Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.

Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.

Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.

Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

Anexo N° 5

Modelo de denuncia ante la CONSAVIG y Resoluciones de la Defensoría del Pueblo de la Nación

Modelo de carta para la denuncia ante la CONSAVIG.

..... de..... de 20...

A La CONSAVIG, Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género.

Av. Corrientes 327, piso 14, C1043AAD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por medio de la presente, yo,....., con DNI N° y domiciliada en (indicar dirección, localidad, provincia y CP)....., siendo mi Obra Social/Prepaga , 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 institución ubicada en (indicar dirección, localidad, provincia).....

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, les saluda atentamente,

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

Resoluciones de la Defensoría del Pueblo de la Nación

BUENOS AIRES, 27 de febrero de 2015

VISTO la **actuación N° 370/15**, caratulada “MOREIRA, RITA ESTHER, sobre aparente violencia obstétrica”, y

CONSIDERANDO:
Que la señora Rita Esther MOREIRA, residente en la localidad de Luján, provincia de

Buenos Aires, solicitó la intervención del Defensor del Pueblo de la Nación ante el HOSPITAL “NUESTRA SEÑORA DE LUJAN”, dependiente de la Municipalidad de Luján, en virtud de que se le habría denegado la posibilidad de ser acompañada por su cónyuge en el momento del parto programado por cesárea.

Que al momento de la queja, la interesada refirió que estaba cursando la semana treinta y cuatro (34) de su embarazo y agregó que la cesárea sería programada para la semana treinta y ocho (38).

Que dada la premura del caso, la Defensoría cursó una requisitoria a la Dirección del citado nosocomio.

Que la Secretaría Legal y Técnica de la Municipalidad de Luján respondió acompañando copia del informe producido por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Nuestra Señora de Luján”, a través del cual se indicó “... *En el caso cuestionado es imprescindible diferenciar el Parto, que se realiza en un área de acceso semi restringido, dentro del Centro Obstétrico, de la Cesárea que se realiza en el Quirófano Central que constituye un área de acceso restringido, con normas muy precisas de funcionamiento. El fin de estas normas es disminuir el riesgo de infecciones post quirúrgicas, los accidentes y las complicaciones.*”

Que, a su vez, se señaló que “... *el Quirófano Central, está compuesto por distintas salas de operación que son compartidas en los horarios establecidos por otras especialidades médicas, algunas de alto riesgo como Neurología, Cirugía Traumatológica o Cirugía Vascul... El Servicio de Ginecología y Obstetricia no dispone a la fecha de un quirófano propio dentro del Centro Obstétrico*”

Que en el informe se agregó “... *los días de cirugía se realizan simultáneamente varias operaciones, produciéndose el choque entre los derechos del marido a ingresar al quirófano para asistir al nacimiento, con los derechos a la intimidad y confidencialidad consagrados por la Ley N° 26.529 y su modificatoria N° 26.742, Capítulo I, artículo 2, incisos c y d, de otros pacientes que se encontrarán sometidos a cirugía... el artículo 2 inciso g de la ley 25.929 hace referencia al derecho de la mujer a estar acompañada durante ‘el trabajo de parto, parto y post parto...’, situación que no debe interpretarse como sinónimo de nacimiento o Cesárea, ya que por lo expuesto precedentemente son procedimientos distintos, en áreas distintas, con técnicas distintas y riesgos distintos.*”

Que, por último, el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia indicó en su informe que “*a la fecha, la Cesárea de la Sra. Moreira, Rita Esther, no se encuentra programada en este Servicio.*”

Que en atención a lo informado, en primer lugar se entabló contacto con la interesada, quien confirmó que **sí se había programado su cesárea para el día 12 de marzo del corriente.**

Que respecto de los argumentos dados por el nosocomio, resulta necesario destacar que en el informe se menciona un “choque” entre los “*derechos del marido a ingresar al quirófano para asistir al nacimiento*”, con los derechos del resto de los pacientes que podrían estar simultáneamente en dicho quirófano, sin considerar o hacer ninguna alusión a los “***derechos de la mujer***” que está en el proceso de parto.

Que, tal como indicó el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado establece en su artículo 2º, inc. g., que la mujer tiene derecho a “... ***A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.***”

Que pese a la interpretación que hace el profesional médico, la norma no distingue entre el parto vaginal o el parto por cesárea.

Que, además, los establecimientos asistenciales deberían adaptar sus instalaciones en pos de cumplir con los derechos de los pacientes y no los derechos de los pacientes verse postergados por las deficiencias infraestructurales.

Que de ser así no deberían producirse “colisiones” de derechos entre los pacientes, ni ceder unas (por ejemplo, las mujeres con partos programados por cesárea) en pos de garantizar los derechos de otros.

Que corresponde mencionar, en esta instancia, que el Defensor del Pueblo de la Nación forma parte de una mesa de trabajo coordinada por la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG), dependiente

del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, cuyo objetivo es trabajar sobre la temática de *violencia obstétrica*, junto a otros organismos, como ser, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, profesionales de hospitales públicos y ONGs vinculadas a la temática.

Que cabe aclarar que la intervención ante las denuncias de supuesta *violencia obstétrica* no se centra en la praxis médica, sino que se intenta determinar cuáles son aquellas prácticas naturalizadas en los establecimientos asistenciales que conllevan una carga de violencia hacia la mujer embarazada, en situación de parto o postparto, las cuales ameritan ser revisadas y modificadas por el equipo de salud.

Que ello en atención a lo previsto por la Ley N° 26.485 (*art. 6, inc. c*) de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales* que definió a la *violencia obstétrica* 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 25.929*”.

Que en virtud de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta la normativa vigente aludida, se estima procedente *exhortar* al Secretario de Salud, Medio Ambiente y Políticas Sociales de la Municipalidad de Luján y al Director del Hospital “Nuestra Señora de Luján” que arbitren, en conjunto y con premura, las medidas del caso para garantizarle a la Señora Rita Esther Moreira el derecho a estar acompañada por su cónyuge en ocasión del parto por cesárea, programado para el 12 de marzo del corriente año.

Que, asimismo, se estima necesario *exhortar* a los funcionarios aludidos que programen las acciones necesarias para adecuar las instalaciones y procedimientos del nosocomio, en pos de cumplir con el conjunto de las normas vigentes aludidas en esta resolución.

Que, por otra parte, se estima procedente *poner en conocimiento* del Ministerio de Salud de la Nación, de la CONSAVIG, de la SSS, del INADI y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable la presente resolución, a los fines que estimen corresponda.

Que la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y el 28 de la ley N° 24.284, la autorización conferida por bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución N° 01/2014, del 23 de abril de 2014.

Por ello,

EL SECRETARIO GENERAL DEL
DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACION
RESUELVE:

ARTICULO 1º: Exhortar al Secretario de Salud, Medio Ambiente y Políticas Sociales de la Municipalidad de Luján y al Director del Hospital “Nuestra Señora de Luján” a que arbitren en conjunto las medidas necesarias para:

garantizarle a la Señora Rita Esther Moreira (DNI N° 26.563.065) el derecho a estar acompañada por su cónyuge en ocasión de la cesárea, programada para el 12 de marzo del corriente año; adecuar las instalaciones y procedimientos del Hospital “Nuestra Señora de Luján”, en pos de cumplir con el conjunto de las normas vigentes aludidas en esta resolución.

ARTICULO 2º: Poner en conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación, de la CONSAVIG, de la SSS, del INADI y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable la presente resolución, a los fines que estimen corresponda, en el marco del trabajo en conjunto que los citados organismos llevan adelante, junto a la Defensoría del Pueblo de la Nación, en la temática de violencia obstétrica.

ARTICULO 3º: Regístrese, notifíquese en los términos del artículo 28 de la ley 24.284 y resérvese.

RESOLUCION N° 7/15

BUENOS AIRES, 20 de Agosto de 2015

VISTO la **actuación N° 1853/15**, caratulada “LANATI ROSOFSKY, Florencia Lourdes, sobre aparente violencia obstétrica”, y

CONSIDERANDO:

Que la señora Florencia Lanati Rosofsky (DNI N° 32.357.598; residente en la provincia de Buenos Aires), mientras cursaba la semana treinta y ocho (38) de su embarazo, solicitó la intervención del Defensor del Pueblo de la Nación ante la CLINICA INDEPENDENCIA - prestadora de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNION TRABAJADORES HOTELEROS GASTRONOMICOS DE LA R.A. (OSUTHGRA)-, a los efectos de obtener el acompañamiento de su cónyuge, en el momento del parto por cesárea (programado para el día 18 de Julio de 2015).

Que dada la premura del caso planteado, se cursó una requisitoria a la citada Clínica y, además, se solicitó la intervención de la obra social.

Que la obra social no remitió respuesta alguna.

Que, por su parte, la Dirección Médica de la CLINICA INDEPENDENCIA contestó indicando “... resulta desaconsejable desde el punto de vista médico la presencia del cónyuge de la paciente durante la cesárea, habida cuenta de que, tratándose de una intervención quirúrgica, cuanto mayor resulte la presencia de personas en el quirófano, mayores son las posibilidades de contaminación en el mismo (lo cual eleva los riesgos infecciosos). Esto último le fue debidamente explicado a la paciente en la oportunidad de programar la cesárea. **No obstante si la misma optase por el ingreso del marido, ello será bajo exclusiva responsabilidad de los mismos, previa suscripción del consentimiento informado.**”

Que, sin embargo, en una nota enviada con posterioridad por la propia interesada, informó que no sólo se impidió el ingreso de su cónyuge en el momento del parto por cesárea, sino que además sufrió una serie de situaciones, desde el momento que se presentó en la citada Clínica en la fecha programada, que podrían vincularse con *violencia obstétrica*.

Que así, la señora Lanati Rosofsky refirió: “... llegué con mis bolsos a las 8 de la mañana, me hicieron esperar en la guardia hasta que un doctor me mandó a hacer los trámites a internación, fui con la carta que mandó la clínica y me dijeron que ellos ahí no podían hacer nada que lo hable con mi obstetra, le digo que la cesárea no la hacía mi obstetra y que eso estaba firmado por la directora de la clínica que tenían que cumplirlo y que por favor me diga donde firmaba el famoso consentimiento. De ahí me mandan a cirugía, era un pasillo repleto de embarazadas con su acompañante y sus bolsos, éramos tantas que tuve que esperar sentada en el piso, nos iban llamando de a una... ... cerca de las 11 me llaman, entrego mis estudios, vuelvo a pedir que quería que entre mi marido y me dicen que lo hable con la obstetra que iba a operarme... ... a los 5 minutos me llaman y ya me meten en el quirófano, estaba sola con la instrumentadora a la cual le cuento de la carta y que quería que esté mi marido, se hacía la tonta, cambiaba de tema, le conté de mis miedos y fue muy amable conmigo, entra el anestesista me pone la vía, la peridural y no me acuerdo más nada, ni el llanto de mi hijo escuché, me desperté en un pasillo escuchando los gritos de una mamá teniendo a su bebé cerca mío”.

Que también indicó en su nota “... Simón nació el jueves 12:21 y nos dieron el alta el sábado a la misma hora, ahí sí vino una obstetra a despacharme, a retarme porque no me había curado la herida, a decirme que no sea exagerada, que me pare derecha, yo estaba en el baño y me gritaba que no tenía todo el día”

Que, por último, la interesada agregó “... esa fue mi experiencia, triste porque es mi último bebé, nadie me va a devolver ese momento robado”

Que resulta del caso mencionar que la Oficina de Género del Defensor del Pueblo de la Nación integra una **mesa de trabajo** coordinada por la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG), dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, cuyo objetivo es trabajar sobre la temática de *violencia obstétrica*, junto a otros organismos, como ser, la Superintendencia de

Servicios de Salud (SSS), el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la Secretaria de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, profesionales de hospitales públicos y ONGs vinculadas a la temática.

Que la Ley 26.485, de “Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales”, definió a la **violencia obstétrica**, como aquella violencia institucional “*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 25.929*”

Que precisamente la Ley 25.929, de Parto Humanizado, estableció -en su artículo 2º, inc. g.- que la mujer tiene derecho a “... **A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.**”

Que la norma no distingue entre el parto vaginal o el parto por cesárea.

Que en el trámite de esta actuación se verificó el incumplimiento de la Ley 25.929 y, del relato que efectúa la interesada, surgen también situaciones que se vincularían con violencia obstétrica.

Que los establecimientos asistenciales deben adaptar sus instalaciones y recursos en pos de cumplir los derechos de los pacientes y no los derechos de los pacientes verse postergados por las deficiencias infraestructurales.

Que cabe aclarar que la intervención de los organismos que integran la *mesa de trabajo* ante las denuncias de supuesta **violencia obstétrica** no se centra en la praxis médica, sino que se intenta determinar cuáles son aquellas prácticas naturalizadas en los establecimientos asistenciales que conllevan una carga de violencia hacia la mujer embarazada, en situación de parto o postparto, las cuales ameritan ser revisadas y modificadas por el equipo de salud.

Que en virtud de todo lo expuesto, se estima procedente **exhortar** a la CLINICA INDEPENDENCIA a que arbitre las medidas del caso para garantizar el cumplimiento de la Ley 25.929 *de Parto Humanizado*, e implemente todas aquellas acciones que estime necesarias para optimizar la atención de las mujeres embarazadas, en pos de evitar y prevenir situaciones que podrían encuadrar en violencia obstétrica.

Que, asimismo, se estima pertinente **solicitar la intervención** de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS), a los efectos de que verifique la calidad de los servicios de salud que prestan los efectores de los agentes del seguro de salud, particularmente teniendo en cuenta lo previsto por la Ley 26.485 (de protección contra la violencia hacia las mujeres, en lo referido a *Violencia Obstétrica*), la Ley 25.929 (*de Parto Humanizado*), y la Ley 26.529 (*de Derechos del Paciente*).

Que, por último, se considera procedente **poner en conocimiento** de la CONSAVIG, de la Secretaria de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, del INADI y de OSUTHGRA la presente resolución, a los fines que estimen corresponda.

Que la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y el 28 de la ley N° 24.284, modificada por la ley N° 24.379 y la autorización conferida por los Señores Presidentes de los bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución 0001/2014 de fecha 23 de abril de 2014.

Por ello,

EL SECRETARIO GENERAL DEL
DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACION
RESUELVE:

ARTICULO 1º: **Exhortar** a la Dirección de la Clínica Independencia –prestador de la OSUTHGRA- que arbitre las medidas del caso para garantizar el cumplimiento efectivo de la Ley 25.929 *de Parto Humanizado*, e implemente todas aquellas acciones que estime necesarias para optimizar la atención de las mujeres embarazadas, en pos de evitar y prevenir situaciones que encuadran en violencia obstétrica, conforme lo establece la Ley 26.485.

ARTICULO 2º: **Solicitar la intervención** de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS), a los fines que estime correspondan, conforme las atribuciones que le competen

como organismo de control de los agentes del seguro de salud y de los efectores prestadores de los mismos, siendo, en este caso en particular, OSUTHGRA y la Clínica Independencia.

ARTICULO 3º: ***Poner en conocimiento*** de la CONSAVIG, de la Secretaria de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, del INADI y de OSUTHGRA la presente resolución, a los fines que estimen corresponda.

ARTICULO 4º: Regístrese, notifíquese en los términos del artículo 28 de la ley 24.284 y resérvese.

RESOLUCION N° 48/15

Anexo N°6

Pronunciamento del feminismo comunitario en la conferencia de los pueblos sobre cambio climático¹²⁰

Desde el feminismo comunitario

Entendemos a la Pachamama, a la Mapu, como un todo que va más allá de la naturaleza visible, que va más allá de los planetas, que contiene a la vida, las relaciones establecidas entre los seres con vida, sus energías, sus necesidades y sus deseos. Denunciamos que la comprensión de Pachamama como sinónimo de Madre Tierra es reduccionista y machista, que hace referencia solamente a la fertilidad para tener a las mujeres y a la Pachamama a su arbitrio patriarcal.

“Madre Tierra”, es un concepto utilizado hace varios años y que se intenta consolidar en esta Conferencia de los pueblos sobre Cambio Climático con la intención de reducir a la Pachamama – así como nos reducen a las mujeres- a su función de útero productor y reproductor al servicio del patriarcado. Entienden a la Pachamama como algo que puede ser dominada y manipulada al servicio del “desarrollo” y del consumo- y no la conciben como el cosmos del cual la humanidad sólo es una pequeña parte.

El cosmos, No Es, el “Padre Cosmos”. El cosmos es parte de la Pachamama. No aceptamos que “casen”, que obliguen al matrimonio a la Pachamama. En esta Conferencia hemos escuchado cosas insólitas como que el “padre Cosmos” existe independiente de la Pachamama y hemos entendido que no toleran el protagonismo de las mujeres y de la Pachamama, y que tampoco aceptan que ella y nosotras nos autodeterminemos. Cuando hablan del “padre Cosmos” intentan minimizar y subordinar a la Pachamama a un Jefe de Familia masculino y heterosexual. Pero, ella, la Pachamama, es un todo y no nos pertenece. Nosotras y nosotros somos de ella.

Comunidad

Concebimos a la comunidad como ser en sí misma, con identidad propia. Mujeres, hombres, tierra, territorio, animales, vegetales. Verticalmente, arriba –cielo, espacio aéreo y todos sus seres vivos-, abajo –subterráneo, vida animal, vegetal y mineral. Y horizontalmente, aquí –donde nos movemos todos los seres vivos humanos, animales y vegetales- la extensión de la tierra y el territorio de la comunidad hasta los límites que ella y otras comunidades designen.

Cuando hablamos de las comunidades estamos hablando de todas las comunidades. Urbanas, rurales, territoriales, políticas, sexuales, comunidades de lucha, educativas, comunidades de afecto, universitarias, comunidades de tiempo libre, comunidades de amistad, barriales, generacionales, religiosas, deportivas, culturales, comunidades agrícolas, etc.

Creemos que todo grupo humano puede, si lo decide, construir comunidad, eliminando la propiedad privada sobre los medios de producción, reconociendo el trabajo de todo tipo, comenzando por el doméstico; repartiendo el trabajo de manera equitativa, en relación a las capacidades, habilidades, deseos y necesidades de cada integrante, asumiendo los productos y beneficios que cada integrante crea y elabora -sean estos abstractos o concretos- como bienes comunes e individuales.

Hablamos de comunidad y de las mujeres y hombres de los pueblos indígenas, sin embargo no idealizamos la comunidad actual en la que persisten las relaciones de dominación y donde las mujeres somos la yapa de los hombres. Las comunidades actuales son patriarcales y por ello es que estamos proponiendo otra forma de comunidad, horizontal y recíproca, donde las y los integrantes sean reconocidos y respetados como individuos autónomos

Una comunidad no es una suma de individualidades, si no otro lugar dinámico, más que la suma. La comunidad nutre a quienes caminan con la comunidad, y ella, a su vez, es alimentada por el trabajo, el desarrollo y elaboraciones individuales y colectivas que se dan en su interior.

Los haceres comunitarios tienen rostros, cuerpos, voces específicas –únicas- y son llevados a cabo realizando los talentos y capacidades individuales. Para que la gente elabore, reflexione y piense,

¹²⁰<http://perspectives.apps01.yorku.ca/2010/05/08/pronunciamento-del-feminismo-comunitario-latinoamericano-en-la-conferencia-de-los-pueblos-sobre-cambio-climatico>. 8 de mayo del 2010. [Consulta Febrero 2016]

requiere libertad y reconocimiento. También cada una y cada uno, asume las necesidades comunitarias y busca fortalecer ese espacio de pertenencia y afecto que es su comunidad. Se produce en la *comunidad* -más allá del cariño o no que en particular se tengan las y los integrantes-, un afecto por esa otredad: la comunidad.

La comunidad es un ser distinto a todas y todos y a la vez es todos y todas porque la pertenencia tiene una dinámica propia, un engranaje que produce cercanía afectiva, intelectual, valórica y reconocimiento del derecho a disentir de cada integrante. La crítica, la discusión, la diferencia de opiniones, explícitas y responsables, no se viven como agresión en la comunidad que ha hecho procesos comunitarios honestos y respetuosos.

Reciprocidad

A la comunidad, la rige el principio de reciprocidad no sólo con la tierra y el territorio sino entre sus integrantes, y entre sus integrantes y la comunidad como una otra.

La reciprocidad no es lo mismo que intercambio de posesiones. No es: “me das y te doy”, si no una manera de relación ética. Tampoco es dictadura impositiva a partir de amenazas físicas y/o afectivas. Comunidad, como la vemos, es una relación en la que aunque nadie esté *obligada u obligado* todos y todas son habitadas por la impronta que los alinea con la comunidad de pertenencia. Así el sentimiento de percibir al otro y a la otra como digno e igual y el impulso natural de buscar su satisfacción será parte de la manera psicosocial de funcionar comunitariamente.

Los y las integrantes de la comunidad tienen apego entre sí –no por sangre o genes, sino por historia, memoria, territorio, valores, expectativas -. El Vivir Bien del hermano o la hermana de la comunidad es una responsabilidad y un deseo de todas y todos.

Así mismo, cuando una persona comunitaria brinda a otra un bien concreto o simbólico, lo hace desarrollando su propio don y habilidad de brindar. Esto le alegra a la vez que le enaltece éticamente y le asegura que cuando ella –él- lo requiera estarán disponibles los bienes materiales y simbólicos para su Vivir Bien.

Cuerpo y Autonomía

La comunidad es un cuerpo que se pertenece a sí mismo y que tiene una dinámica propia en la cual cada integrante es único y necesario, a la vez que autónomo o autónoma, pues la autonomía será el principio que garantizará a cada persona, igualdad en dignidad y derechos, y que probará la coherencia ética de una comunidad que no oprime a sus integrantes obligándoles a ser idénticos o a llevar a cabo usos y costumbres patriarcales, transgresores y de coerción. El cuerpo es el instrumento con que los seres tocamos la vida, ese cuerpo merece espacio y tiempo concreto y simbólico solo por estar en el mundo, así la comunidad respeta ese espacio y ese tiempo y es más, lo sustenta con afecto por su propio ser. Cada cuerpo en la comunidad, en el sentido general y dinámico, es una parte del ser comunitario.

El cuerpo de la comunidad está constituido por mujeres y hombres como dos mitades imprescindibles, no jerárquicas, recíprocas y autónomas una de la otra, pero en permanente coordinación.

La autonomía como principio antipatriarcal está enmarcada en el contexto de la anti-jerarquía tanto en el sentido concreto como en el sentido simbólico, ya que autonomía no significa desligarse de los otros y otras, no quiere decir desinteresarse por la comunidad, pero sí constituye un proceso continuo de coherencia consigo misma.

Autonomía implica un ser y existir desde el propio mundo íntimo y personal en comunidad con el mundo público –con el mundo comunitario-. Implicaría hacerse cargo de la propia manera de ver, oír, sentir para aportarla a la comunidad, porque la comunidad no tiene jamás acceso a esa mirada, a esa escucha, ni a ese sentimiento único. Es sólo la propia persona comunitaria la que tiene acceso a su íntimo y personal y como tal lo comparte con generosidad con las demás.

Así, ser autónoma, autónomo, es un beneficio para sí misma –para sí mismo- por la coherencia, dignidad y libertad que le significa a la persona. También es un beneficio del que la comunidad no puede prescindir ya que se nutre de esa autonomía para mirar el mundo por los ojos de cada integrante. Cada integrante ve desde sí y hay tantas miradas como integrantes. Así, ver distinto no es conflicto, si no la oportunidad de buscar la riqueza y armonía de las miradas de todas y todos

para fortalecer la solidez de la comunidad. Un cuerpo comunitario de idénticos además de ser débil, no logrará desarrollar saberes, tecnologías ni ningún proceso eficiente, pues no hay aportes diversos que contrastar y coordinar.

Par político en vez de complementariedad

El par comunitario mujer-hombre, es un par político, no de género ni erótico-afectivo.

Par de género significaría una complementariedad desigual –una dicotomía- en la cual “lo femenino” complementa a “lo masculino” con todas las atribuciones y/o asignaciones patriarcales que ello significa: mujeres reproductoras, fuerza de trabajo doméstica y sostenedora afectiva del desequilibrio entre hombres y mujeres; y hombres proveedores y poseedores de los privilegios que le entrega la fuerza de trabajo doméstica y afectiva que perpetúa la dependencia de las mujeres. También hablaría de dictámenes de usos y costumbres ética y estéticamente rígidos y fortalecedoras del género como constructo patriarcal de femenino-masculino.

Par erótico-afectivo, por otra parte significaría, heterosexual, es decir, la obligatoriedad sexual amorosa de que hombres y mujeres se apareen, negando así la diversidad de deseos eróticos, sexuales y amorosos homosexuales y lésbicos.

La comprensión y propuesta de comunidad que hacemos desde el feminismo comunitario observa en primer lugar, que la vida de todas y todos se maneja en tres ámbitos que no son espacios estancos ni contradictorios, si no que son dinámicos y en constante alimentación y conflicto mutuo: El ámbito íntimo, personal y público y esto tiene como eje central la sexualidad.

La relación que reclamamos de parte de las comunidades es una de respeto y dignidad, que significa antes que nada ausencia de daño.

Pachamama no es propiedad

Generalmente una comunidad es parte de un territorio determinado, aunque también puede que su territorio sea una elección nómada y lo que haga esa comunidad sea interrelacionarse con un territorio y sus recursos, temporalmente. En cualquier caso, la relación con la pachamama es una relación recíproca y no de propiedad. La gente es parte de la pachamama y la pachamama no es propiedad de nadie. Ella es propia de sí misma y a la vez es nuestra madre, pero que la pachamama sea nuestra madre no quiere decir que tengamos que arrebatarle sus cualidades y a los seres que constituyen su naturaleza como minerales, animales y vegetales para el enriquecimiento, la plusvalía o el lujo.

La pachamama garantiza la vida de la comunidad, sin ella no hay vida. Por ello, a su vez la comunidad, trata con respeto a la pachamama, sin depredarla, sin eliminar, torturar y perseguir a los seres que están ella. Tampoco la enajena, vende o compra, y en coherencia con ello no hay títulos de propiedad, si no apenas definición de límites comunitarios que respeten los límites de las comunidades vecinas.

Los procesos autonómicos en el mundo, muestran esta necesidad creada de propiedad, la necesidad de desmembrar a la Pachamama, de parcelarla y repartirla como botín. Si bien la autonomía puede ser entendida como una democratización del poder de decisión, como la profundización de la descentralización, es en su materialidad reclamada también desde los pueblos indígenas que ven condicionado su accionar en el marco de un Estado Neoliberal y Patriarcal que no les deja más opción que demandar la propiedad sobre su territorio, sobre aquel cosmos, árboles, piedras y animales que conviven equilibradamente con ellos y ellas; este Estado no les deja más opción que exigir títulos de propiedad para enfrentarse legítimamente con las corporaciones y transnacionales a las cuales, el mismo Estado, les ha arrendado este su espacio vital para explotarlo y depredarlo.

Es necesario entonces, desmontar el Estado Patriarcal y Neoliberal en sus concepciones perversas para poder –como pueblos- interactuar con un par político, un igual que sólo prevé el bienestar colectivo e individual, que no lo determina, oprime y norma, como hacen los estados hoy.

No creemos en reclamar tierra para las mujeres, sino en anular la propiedad patriarcal, la decisión unilateral y el control masculino sobre la tierra, el territorio, los mares, los lagos y el cielo. Creemos en abolir la guerra que depreda, sustrae territorio y hace de las mujeres su Botín de guerra.

Depredación de la pachamama y maternidad obligatoria de las mujeres

Una cosa es que la pachamama nos sostenga y nos contenga, que esté dispuesta o tenga la potencialidad para nuestra alimentación, creaciones y recreación, y otra que sea “derecho” y propiedad del ser humano explotarla, comprarla, venderla, enajenarla o depredarla.

Lo mismo con las mujeres, una cosa es que tengamos la capacidad de parir y otra que sea obligación o prohibición. Si una comunidad manipula el cuerpo y la maternidad de las mujeres le está arrebatando el derecho a la autodeterminación. La prohibición de interrumpir los embarazos no deseados o amenazantes para la vida y la integridad física y psicológica de una mujer, es violencia concreta y simbólica contra todas las mujeres. El control sobre el proceso de gestación-embarazo y parto de parte de los estados, gobiernos y otras instituciones, es un privilegio patriarcal que se sostiene sobre el género y la violencia contra las mujeres, y que reclamamos que la comunidad no repita.

La depredación de la tierra es una operación del neocolonialismo, el capitalismo, el neoliberalismo y sus instituciones como las transnacionales, el Banco Mundial y sus políticas de ajuste, y todo ello se sostiene sobre el clasismo, el racismo, las invasiones y la deuda externa. Si cada pueblo tuviera derecho a autodeterminarse dentro de los límites de la pertenencia a la pachamama y no al revés – que la tierra le pertenezca- no habría depredación, invasiones ni propiedad sobre la tierra, el territorio, la gente y los demás seres. La comunidad tiene derecho a la autodeterminación dentro de los límites de la autonomía de cada una de sus integrantes y cada mujer tiene derecho a autodeterminarse en libertad y voluntad asumiendo el ser comunitario y la reciprocidad con él. La mujer no está obligada a parir, ni puede prohibírsele parir. El control de su fecundidad y sexualidad le corresponde sólo a ella. El proceso sucede dentro de su cuerpo. Son, su salud, su cuerpo, sus deseos los que se resienten a partir de partos, abortos, maternidad, relaciones sexuales y matrimonio. Así contravenir esta realidad significa daño y violencia de género.

Cambio Climático y Responsabilidad Social

El Cambio Climático no es un proceso natural de la Pachamama, ni de autorregulación ni de autodeterminación, elementos coartados por la humanidad que no la concibe como un ente con vida y con derechos. El Cambio Climático es consecuencia de la actividad humana, de los excesos humanos concebidos en el marco de un modelo de desarrollo depredador que se sostiene con el consumo de combustibles fósiles y con la deforestación y violentación de la naturaleza para ampliar las ciudades de cemento. Un sistema capitalista y patriarcal donde todo es mercancía, todo puede ser propiedad privada y tener un precio, y toda consecuencia de la actividad humana puede ser reparada o modificada con la ciencia y la tecnología. Es consecuencia de un sistema que se siente creador como punto cumbre de su poder y que en realidad ha socavado las condiciones mínimas para perpetuar la vida en un cosmos armónico; para nosotras la Pachamama.

Los efectos del Cambio Climático son diferentes para las mujeres y tienen mayor intensidad, a partir de su rol socialmente asignado, donde la producción, alimentación y cuidado de la familia es central; la crianza de las wawas y el trabajo fuera de la casa que no implica que se deje de hacer el trabajo denominado doméstico. Esto la confronta con mayor intensidad frente a los cambios del clima. En las áreas rurales su trabajo agrícola y de pastoreo se complica, debe recorrer más distancias para encontrar más forraje, debe trabajar más en la tierra para devolverle su productividad, debe hacer cálculos permanentes para sembrar antes o después según se avecinen lluvias o heladas, en un clima incierto, todo a partir de sus saberes cotidianos. En las ciudades, la dinámica de las mujeres también se ve afectada, el cuidado de la salud de los hijos demanda más tiempo y conocimiento, el aprovisionamiento de alimentos-que ya no llegan del área rural en la misma época, que no llegan siempre en el mejor estado por calor o frío extremos, y cuyo precio se incrementa también merced a los cambios de clima-, demandan de ellas más tiempo, más trabajo y recreación permanente de sus conocimientos para confrontar una nueva realidad.

Esta asignación inequitativa de roles y tareas para sostener a la sociedad, la entendemos como patriarcal, y es desde esta misma lógica que hoy “el mundo” piensa enfrentar al Cambio Climático.

Evidentemente unos países, los que se autodenominan desarrollados, han depredado, contaminado y violentado a la Pachamama más que otros. El 75% de las emisiones de gases de efecto invernadero que causan los cambios climáticos son producidos por estos países, sus industrias,

élites y corporaciones, entonces, surge el concepto de Deuda Ambiental, nuevamente una visión capitalista que cree que la vida arrebatada y destruida por la actividad de estos países puede ser compensada con dinero, es decir, buscan ponerle un precio.

Pero ¿Quiénes recibirán dinero a cambio del daño causado al planeta? Desde una lógica bastante simplona, los malos del norte le pagarán a los buenos del sur para reparar su daño, para seguir causándolo con menos críticas y mayor legitimidad, pues pagan por eso. Los pueblos del sur deben utilizar este dinero para conservar la naturaleza y para inventar una nueva forma de vida que dañe menos a la Pachamama. Para el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y otros organismos especializados en “cooperar” o más bien imponer “soluciones” a todo tipo de problemáticas, económicas, de derechos, de género y hoy ambientales, son las mujeres las llamadas a ser protagonistas en este empeño, es decir, el dinero de un posible Fondo Global, será destinado a transferencias de tecnología, especialmente a las mujeres, para la adaptación y mitigación de los cambios climáticos, pues son una realidad y hay que enfrentarlos.

Nuevamente la visión patriarcal que entiende al hombre como cultura y a la mujer como naturaleza, se impone para asignarnos una responsabilidad más “reparar el daño que causaron al planeta”, una más a nuestras múltiples responsabilidades de arduo trabajo y mínimo reconocimiento. Si nuestras visiones y conocimientos no han sido asumidas en el análisis de la problemática ambiental, hecha por los estados y organismos “especializados” no seremos nosotras “ejecutoras de sus soluciones”.

Desde el feminismo comunitario demandamos que todos y todas quienes han contribuido al calentamiento global, contaminación y por ende cambio climático asuman su responsabilidad en la medida que les corresponda, unos o unas más que otros, seguramente.

Desde el feminismo comunitario nos negamos a aceptar que son las mujeres quienes deban ser “capacitadas” con tecnologías de los “países desarrollados” para sanar a la Pachamama. No vamos a asumir solas, una responsabilidad que es colectiva y social. No. Consideramos que pagar por la violencia ejercida contra la Pachamama no es una alternativa, cargarle la responsabilidad a la mujer, tampoco lo es; creemos que se debe partir de un trabajo colectivo en el que todas y todos, las comunidades, los países y los estados reconozcan, asuman y respeten a la Pachamama como un todo que tiene vida y que genera vida también. Un todo capaz de regenerarse y autorregularse si respetamos su autodeterminación. Un todo del cual formamos parte y que nos cobija en su ser, siendo nosotras solamente cuidadoras y cuidadores circunstanciales que nos nutrimos y alimentamos de ella, respetándola. No la parcelamos ni exigimos derecho de propiedad. La tecnología y el dinero deben estar al servicio de experiencias gestadas desde esta concepción para encarar el Cambio Climático.

Desde esta mirada feminista comunitaria, reiteramos que no queremos dinero a cambio del daño causado a la Pachamama ni a las mujeres. Aceptar dineros será como una bomba de tiempo, significará que sigan explotando y pagando por la explotación. Queremos la restitución de derechos. Ya no se puede reparar el daño causado, pero se puede restituir los derechos de la Pachamama y para ello dismantelar el patriarcado con sus estados, sus ejércitos, sus transnacionales, su lógica jerárquica y toda la violencia que ello significa para las mujeres y la Pachamama. Tampoco aceptaremos que nos responsabilicen a las mujeres por la depredación, lo que tenemos ante nosotras y nosotros es una tarea comunitaria. O sea, de todas y todos.