

Entre el "parto respetado" y el activismo on line: experiencias de gestación y nacimiento. Trayectorias individuales de mujeres integrantes de un grupo de Facebook.

Autor:
Queiruga, María Fernanda

Tutor:
Hidalgo, Cecilia

2022

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado



Universidad de Buenos Aires

Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Ciencias Antropológicas

Tesis de Licenciatura

Entre el "parto respetado" y el activismo online: experiencias de gestación y nacimiento. Trayectorias individuales de mujeres integrantes de un grupo de Facebook

María Fernanda Queiruga

Directora: Cecilia Hidalgo

Abril de 2022

*A Rami,
por traer tanta energía creativa
y revolucionar mi vida
con la fuerza del amor.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Sebas, mi compañero, por aventurarse conmigo y ser mi sostén en el maravilloso y desafiante mundo del embarazo, el puerperio y la crianza. Gracias por su incentivo, por ser facilitador de los espacios de elaboración académica necesarios para que esta tesis sea un hecho y por potenciar las cosas lindas de mi vida con su presencia.

Gracias a mi mamá por ser mi lugar seguro y contener mis “dramas” pre parcial, y a mi papá por acompañar mis largos días de estudio con sus mates y sandwichitos. A mi hermano, por ser guía y ayudarme siempre a reconocer y recordar mis fortalezas y mis logros.

Agradezco a Cecilia, mi directora, por sus aportes y, fundamentalmente, por su calidez y humildad en esta experiencia de aprendizaje.

A mi tribu. Gracias Vero, Romi, Car y todas las integrantes de mi círculo, poderosas mujeres que la vida me presentó para hacer de la maternidad un viaje más liviano y amoroso. Un agradecimiento especial para aquellas mujeres que me regalaron parte de su tiempo y participaron de mis entrevistas, o bien pusieron sus relatos de parto o cesárea al servicio de esta tesis. Simplemente gracias por confiar.

A mi Mamá Vieja, quien supo mostrarme la importancia de estudiar y se mostró siempre involucrada por cómo me estaba yendo en la “escuela”. Tal como leí hace poco, “si es de corazón, la semántica sabrá entender”.

A Magui, por ayudarme a transitar mis temores y por ser motor en cada instancia de aprendizaje que nos regalaron los pasillos y las aulas de Puán. También quiero mencionar a las valiosas amistades y personas que Filo me permitió encontrar: gracias Joaco, Fede, Flor, Iri, Cami, Eddy, Wija, Andy, Agus y Cin por los momentos, debates y reflexiones compartidas.

A Jacki, por entender como nadie lo que significa alcanzar esta meta. A Andre, Pau y Sabri, mis amigas de siempre, por simplemente existir. A Rochi por creer (incluso antes que yo) en que tarde o temprano iba a llegar este momento y yo iba a concluir mi carrera.

Gracias a la Universidad de Buenos Aires y, especialmente, a la Facultad de Filosofía y Letras. Mi gratitud infinita a la educación pública como “práctica para la libertad”.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN	5
Motivaciones personales y presentación del tema	5
Objetivos, problema e hipótesis de investigación	8
Aclaraciones preliminares	10
Metodología	11
Organización de esta tesis	21
CAPÍTULO 2 - MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	23
Antropología, feminismo y nacimiento	23
Del cuerpo como territorio de conquista y la hospitalización del nacimiento en Argentina	27
La perspectiva médico-hegemónica sobre el nacimiento	31
Prácticas obstétricas: ¿intervenciones o intervencionismo?	34
CAPÍTULO 3 - MI REFERENTE EMPÍRICO	40
Violencia obstétrica y marco legal en Argentina	40
De mi contacto inicial con RIN e ICG	43
Metáforas, consciencia y resistencia	51
Visibilizando lo invisibilizado: el recurso de Cafecito	59
Change.org y COVID-19: petición por el “Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas”	64
CAPÍTULO 4 - REFLEXIONES FINALES	72
ANEXOS	78
Anexo 1: guía o formulario	78
Anexo 2: Pauta de entrevista en profundidad	79
Anexo 3: Modelo/Ejemplo de Plan de Parto	84
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	91

CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN

MOTIVACIONES PERSONALES Y PRESENTACIÓN DEL TEMA

Cuando a mediados de 2020 me enteré que estaba embarazada de Rami, comencé a leer e informarme sobre la temática de gestación mediante distintas cuentas de Instagram y Facebook que escribían al respecto. No obstante, mi mirada crítica sobre el tema habría de llegar mucho más tarde.

Alrededor de las 20 semanas de embarazo, tuve mis primeras charlas con Euge, quien había sido madre hacía poco menos de 1 año. Ella me puso en alerta acerca de los discursos sobre la “maternidad rosa”¹, fue la primera persona que me compartió una experiencia de maternidad real y sin maquillaje. También me habló sobre la existencia del “parto respetado”² y la ley que lo garantiza. Sin embargo, para ese entonces aún estaba demasiado cansada creando órganos de un nuevo ser vivo y conociendo una nueva versión de mi cuerpo, todavía no tenía demasiado espacio mental para ahondar en estos temas. Además, me encontraba muy ocupada preparando el final de Antropología Biológica, mi último final.

Habiendo pasado diciembre de 2020 y ya de vacaciones académicas, de a poco pude empezar a conectarme con la experiencia de mi embarazo. Una influencer de la cocina a quien sigo publicó una story de Instagram, así fue como conocí el libro de Verónica Marcote y su trabajo. Pocos días después, ya tenía un ejemplar en mis manos. *Nosotras Parimos, Guía para un parto respetado* fue la puerta de acceso hacia un mundo, hasta entonces, completamente desconocido. Excepto Euge, nadie, nunca, me había hablado sobre el embarazo, el nacimiento o la crianza. Noté que ni siquiera conocía la experiencia de mi propia madre, ni la de las madres de mi familia.

¹ Entiendo por “maternidad rosa” a los discursos idílicos sobre la maternidad, aquellos que presentan al maternar como una actividad que responde estrictamente a mandatos patriarcales y hacen caso omiso al deseo y/o las necesidades de las mujeres.

² Utilizo las comillas para llamar la atención respecto al uso del término. Creo pertinente hablar de parto y derechos, y no del “parto respetado” como un tipo puntual de experiencia de parto garantizada a partir de situación de privilegio, tal como parecen proponer algunos discursos. No obstante, no es esto lo que problematizo en la presente tesis.

Hacia esos meses Verónica Marcote empezó a darle difusión a “Nosotras Juntas”. Así es como denominó a su propuesta de círculos de mujeres que comparten la gestación. Sin dudarlo y de inmediato, me anoté. Originalmente se trataba de 6 reuniones virtuales, tuvimos la primera el 16 de febrero de 2021. Pocos días antes de este encuentro, gracias al libro de Verónica, me enteré sobre la existencia del grupo de Facebook *Para Saber con Quién Parimos*. Verónica fundó el grupo hacia 2012 para crear “una base de datos con médicos/as obstetras, parteras/os y también instituciones contando las experiencias buenas o malas que como mujeres vivimos en nuestras consultas ginecológicas, embarazos o partos, con el objetivo de que otras puedan leerlo a la hora de elegir”³. De este modo, mi llegada al grupo sucedió prácticamente en paralelo al inicio del círculo.

El espacio mental que creía tener disponible luego de cerrar una etapa y tener todas las materias de mi carrera aprobadas, se había desvanecido. Estaba desbordada de información y en mi cabeza no paraban de aparecer múltiples interrogantes y temores ¿Habré elegido al equipo médico adecuado? ¿Podré ser capaz de hacer valer mis derechos? ¿Sufriré violencia obstétrica? ¿Podré parir o terminaré en una cesárea? ¿Seré capaz de soportar el dolor de las contracciones? ¿Qué pasa si muero el día del nacimiento de mi bebé? Con el paso de los meses, muchas de estas preguntas se fueron ordenando. Otras continuaban sin respuestas, pero la tribu que había construido me ayudaba a transitar la incertidumbre. Las mujeres del círculo se convirtieron en mi sostén, en mis hermanas.

Investigando en el grupo de Facebook, encontré experiencias desfavorables respecto a las parteras que trabajaban con el obstetra que había elegido. Después de conversar con otras mujeres que habían tenido sus bebés con este equipo, de analizarlo mucho con mi compañero e, incluso, de conversarlo personalmente con el obstetra, decidí continuar con el mismo grupo de profesionales. No obstante, decidí también que trataría de garantizar el cumplimiento de mis derechos haciendo uso del plan de parto como instrumento de resistencia. De todas formas, aún sentía que algo faltaba, algo estaba incompleto. Así fue que, con mi compañero, decidimos ampliar nuestro equipo. No sólo nos acompañarían profesionales del sistema de salud, sino que también lo harían dos

³ Marcote. V (2017) Introducción: El grupo Para Saber con Quién Parimos en *Nosotras parimos*. Guía para un parto respetado. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

mamás y “doulas”⁴. A través de una de las mujeres del círculo, llegamos a Romina y Carla. Nueva puerta a lo desconocido: más encuentros, rebozo, reiki, medicina placentaria, rituales y espacios de introspección. Ahora sí, equipo completo.

Rami nació el 12 de junio de 2021, fue uno de los primeros nacimientos del círculo. Hacia agosto de ese mismo año recibimos al último bebé y con su llegada dejamos de ser un círculo de personas gestantes, para convertirnos en un círculo de mujeres puérperas. Y así, sin ni siquiera advertirlo, aquel tema que verdaderamente me interpelara y busqué durante años, finalmente me había encontrado: mi experiencia personal de gestación y nacimiento sería el puntapié inicial hacia la elaboración de mi tema de tesis.

Sin embargo, mi interés etnográfico no pasaba tanto por el abordaje de mujeres organizadas en red o tribu, sino más bien por las trayectorias individuales de estas mujeres que proactivamente buscaron, a través de la lectura, la conversación o la indagación, hacerse de información respecto de instituciones, equipos médicos e intervenciones. A su vez, percibí que había una oportunidad de potenciar y visibilizar el binomio feminismo-maternidad, de impulsar la exposición de la violencia obstétrica. Acoté entonces mi universo de investigación, decidí considerar al grupo de Facebook de Para Saber con Quién Parimos como mi punto de partida y focalizarme en quienes promovieran el parto humanizado y/o criticaran la violencia obstétrica. De esta manera, en la presente tesis exploro los aspectos recurrentes en entrevistas y relatos sobre experiencias de gestación y parto o cesárea, centrándome en aquellas experiencias dispares relacionadas con prácticas obstétricas, servicios que ofrece el sistema de salud y expectativas referidas al primer nacimiento. Al igual que Valeria Fornes, considero que “el conocimiento sobre los derechos en la asistencia del parto y de las prácticas recomendadas y desestimadas por la investigación médica, marca un punto de inflexión en la experiencia de las mujeres” (2009: 6). No obstante, “demonizar el saber médico e idealizar los modelos alternativos a la atención sanitaria institucional es simplificar una problemática que requiere

⁴ Se denomina doula al rol, individual y personal, que permita acompañar a gestantes durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, logrando la contención emocional necesaria durante el proceso de maternidad; sin invadir ni desplazar el espacio de la familia y el equipo médico que acompaña. Para ello, durante la formación se brindará información científica y herramientas, que permitan desarrollar, en forma innovadora y con propia impronta, el rol de acompañamiento. Recuperado de: <https://extension.fcm.unc.edu.ar/formacion-en-doulas/>

investigaciones que hagan inteligibles las relaciones sociales que el proceso de parto implica” (Fornes, 2009: 10).

OBJETIVOS, PROBLEMA E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Partiendo de lo expuesto anteriormente, las preguntas y los objetivos de esta investigación son:

Pregunta general

a. ¿Cuáles son las motivaciones, expectativas y/o representaciones por las que muchas madres primerizas se esfuerzan por encontrar dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud hegemónico para transitar su gestación y/o parto o cesárea?

Preguntas específicas

b. ¿Qué similitudes pueden encontrarse en las trayectorias individuales de las madres primerizas del grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos en torno a la gestación y/o parto o cesárea?

c. ¿Qué diferencias pueden encontrarse en las trayectorias individuales de las madres primerizas del grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos en torno a la gestación y/o parto o cesárea?

d. ¿Qué lecciones respecto a los dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud pueden extraerse de las madres primerizas que integran el grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos?

Objetivo general

a. Describir, analizar y comprender las motivaciones, expectativas y/o representaciones por las que muchas madres primerizas se esfuerzan por encontrar dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud hegemónico para transitar su gestación y/o parto o cesárea.

Objetivos específicos

- b. Identificar y analizar las similitudes que pueden encontrarse en las trayectorias individuales de las madres primerizas del grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos en torno a la gestación y/o parto o cesárea.
- c. Identificar y analizar las diferencias que pueden encontrarse en las trayectorias individuales de las madres primerizas del grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos en torno a la gestación y/o parto o cesárea.
- d. Extraer lecciones respecto a los dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud en las madres primerizas que integran el grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos.

La hipótesis que moviliza el presente trabajo se construye a partir de los movimientos feministas y las leyes locales como arena de las luchas jurídicas y el reconocimiento de derechos en torno a la violencia hacia las mujeres. En este contexto, cobran fuerza las representaciones de los cuerpos como territorios intervenidos y conquistados por la materialización del enfoque médico hegemónico en lo que a los procesos de gestación y parto o cesárea respecta. Se hace presente así una suerte de fuerza colectiva en las mujeres que impacta directamente en sus trayectorias individuales. Esto incentiva a que cada mujer busque recuperar el control sobre su propio cuerpo, resistiendo contra la violencia obstétrica y deconstruyendo aquellas “verdades reveladas” por el sistema médico hegemónico que conducen a experiencias de parto o cesárea basadas en la violencia, el temor y/o el sufrimiento. En conjunto, esto hace que muchas madres primerizas se esfuercen por encontrar dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud.

ACLARACIONES PRELIMINARES

Antes de continuar, me interesa clarificar algunas cuestiones de índole conceptual, metodológico y de posicionamiento.

Para la presente investigación me ocupo del “primer nacimiento”. Considero como tal a la primera experiencia de gestación que haya tenido como resultado un bebé nacido con signos vitales. En este sentido, las experiencias de pérdidas gestacionales se encuentran por fuera de los límites que demarco para esta tesis.

En lo que refiere a mi sujeto de investigación, me enfoco en mujeres que transitaban su primer nacimiento en una institución pública o privada dentro de Buenos Aires entre 2009 y 2021 y forman parte del grupo de Facebook llamado Para Saber con Quién Parimos. A su vez, a lo largo de esta tesis aludo a la figura de la madre y del padre, no porque no considere la diversidad de vínculos sexoafectivos y de parentesco que atañen a las identidades de género, sino porque en todos los relatos y entrevistas que realicé, este fue el tipo de vínculo emergente. Lejos estoy de querer interpretar la maternidad con la lupa del binarismo o la heteronorma.

En términos metodológicos, en muchos de los contenidos textuales de las informantes que cito, se hacen presentes errores de tipeo, de ortografía o de expresión. En la mayoría de los casos he optado por citarlos de un modo literal, salvo que el error afectase la comprensión de lo citado o que por alguna razón considerase necesario realizar una aclaración, caso en el cual el aporte de mi autoría se encontrará entre corchetes. Hago también una distinción entre las citas de mis entrevistas y de mis relatos. Mientras que para el primer caso el nombre de la persona estará previo al inicio de la cita, para el segundo figurará hacia el final y entre paréntesis. Este será el detalle que permita diferenciar, a simple vista, cuándo estoy retomando una entrevista y cuándo un relato. En lo que respecta al consentimiento informado, para las citas que provienen de espacios virtuales secretos o encuentros persona a persona, solicité expresamente un aval para la publicación a cada mujer involucrada. No obstante, también retomo posteos, publicaciones o comentarios de cuentas o usuarios abiertos en redes sociales. Teniendo en cuenta su carácter público, no consideré necesaria la autorización para estos casos ya que la información ya se encontraba democratizada.

Para concluir, creo pertinente recuperar el concepto de “reflexividad como posicionamiento” (Hidalgo, 2006: 50). En este sentido, a lo largo de esta tesis intento explicitar que mi producción académica se encuentra situada en una problemática específica que me atraviesa subjetivamente. Es a partir de allí que elegí generar un aporte teñido de reivindicaciones y luchas feministas, confluyendo mi interpretación social sobre los temas a recorrer y mis consideraciones personales como mujer y madre feminista.

METODOLOGÍA

En *La ética hacker y los foros de Internet*, Nahuel Levy plantea que “el advenimiento de las nuevas tecnologías de la información, y la subsiguiente creación de comunidades virtuales relativiza la distinción epistémica entre campo y laboratorio” (2014: 15). Según su reflexión, la investigación etnográfica virtual posibilita la “experimentación” y, si bien no está exenta de dificultades u obstáculos, “permite eludir en gran medida los problemas de la etnografía clásica” (2014: 16). En este sentido, indica que la persona que lidera la investigación puede observar y participar en el campo con un grado de autonomía mayor, sin la necesidad de estar completamente a la espera de los imponderables de la vida cotidiana. A su vez, en una sociedad en la que el tiempo es líquido, incluso si así lo deseáramos, no toda persona tiene la posibilidad de seleccionar a un referente cultural y geográficamente distante junto al cual instalarse y compartir situaciones de la cotidianeidad hasta comprender de manera acabada la estructura social y el funcionamiento de sus instituciones. En muchas oportunidades esto es inviable económicamente, e incompatible en términos de la sostenibilidad de los ámbitos de la vida en sociedad por fuera del espacio académico. En suma, el involucramiento de la persona que investiga en las comunidades digitales puede producirse sin intervención alguna, aunque su participación activa no necesariamente debe implicar un dilema ético, dado que muchos de los espacios virtuales son públicos y de libre acceso para cualquier persona que desee ingresar a ellos. No obstante, también existen espacios virtuales ocultos o secretos; de acceso restringido.

Dentro de este contexto, internet se convierte en un actor protagónico para la presente tesis. La puerta de acceso a la construcción de mi referente empírico se produjo a través de Instagram, red social que luego me catapultó hacia Facebook. Esto posibilitó

la lectura y análisis de relatos de parto o cesárea, y la posterior realización de entrevistas en profundidad. De esta manera, he seleccionado a Facebook como medio social de base, como red que cobra sentido para las personas y que incide en la construcción que éstas hacen de su vida cotidiana y de ciertos procesos e hitos como el gestar y parir, y como red que articula y conversa con otros espacios y actividades. Así, en Facebook descansa un concepto clave que subyace en la presente investigación. Es fundamental:

Comprender a Internet y los espacios de participación que brinda como instancias que tienen lugar en un mundo social preestablecido, y por lo tanto de él heredan y a él reproducen. Internet no es una esfera autónoma, sino que es un lugar del mundo social, un campo de relaciones sociales” (Levy, 2014: 14)

En términos de Manuel Castells, “no es solamente ni principalmente una tecnología, sino que es una producción cultural” (2003: 8).

Ahora bien, independientemente de la distinción epistémica previamente introducida ¿De qué hablo cuando hablo de *campo*? Retomando a Rosana Guber, el campo es la porción real, es decir, observable y dotada de significación, que se desea conocer; el mundo natural y social en el que los humanos se desenvuelven, construyéndolo. No es un espacio geográfico, sino una conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, así como también entre prácticas, nociones y representaciones. En otras palabras, es una decisión de quien investiga (2013: 84). Al igual que Guber, utilizo los términos campo y referente empírico en tanto sinónimos.

Actualmente, Facebook es una empresa que cotiza en bolsa, genera grandes volúmenes de ingresos gracias a su pauta publicitaria e, incluso, ha sido acusada de comercializar las bases de datos de sus usuarios en forma ilegal. Ahora bien, dejando de lado los intereses que persigue esta plataforma social creada en 2004 por Mark Zuckerberg y otros integrantes de la Universidad de Harvard, me limito aquí a hacer una breve reseña, más bien descriptiva, sobre esta red social protagonista para mi investigación. En sus orígenes, Facebook conectaba a los estudiantes de Harvard y luego a sus alumnos con los de otras instituciones. La plataforma rápidamente cruzó la barrera de lo académico y se extendió en todo el mundo. De este modo, se convierte en una red social pensada para conectar personas, compartir información, noticias y contenidos audiovisuales con amistades y familiares. Entre las diversas formas en las que Facebook

propone conectar con otras personas, se destaca la herramienta de los *grupos*. Aludo a espacios que tienen el objetivo de reunir a distintos usuarios de Facebook que poseen intereses comunes en torno a un tema específico y que no necesariamente están unidos por un vínculo de amistad dentro de esta red social. Existen tres tipos de grupos. En primer lugar, están los públicos. Aquí cualquier usuario de la red social puede unirse de forma autónoma, es decir, no necesita aprobación ni admisión de ninguna otra persona. En segundo lugar, están los cerrados. Son grupos que sí requieren de la validación de un tercero en tanto administrador para ingresar, aunque son visibles y cualquier persona que introduzca el nombre del grupo en el buscador general de Facebook, podrá encontrarlo sin ningún impedimento o dificultad. Por último, están los *secretos*. Este tipo de grupo no aparece en el motor de búsqueda interno de Facebook y sólo es factible integrarlo en tanto y en cuanto un miembro actual del grupo acceda a enviarte una invitación. Tal como anticipé, el grupo Para Saber con Quién Parimos (de ahora en adelante PSCQP), ha sido la punta de lanza para mi investigación.

Con el fin de ahondar en la temática de los grupos, me parece oportuno tomar la definición que Benedict Anderson plantea sobre la nación en tanto “una comunidad política imaginada como inherentemente limitada y soberana” (Anderson, 2000; 23). Es interesante cómo algunos conceptos de esta definición pueden ser análogos para Facebook en general y para los grupos de esta red social en particular. En este sentido, considero que un grupo que existe dentro de esta red social es *imaginado* dado que sus miembros no podrán nunca tener conocimiento real sobre todos y cada uno de sus integrantes, aunque esto no impide que en su mente se active la imagen de su comunión en tanto usuarios conectados en un espacio y convocados por un tema común que los interpela. En segundo lugar, es *finito* debido a que esta red social no posee las dimensiones de toda la humanidad, sus fronteras encuentran un fin, pero al mismo tiempo son elásticas. De esta forma, las personas tienen a su disposición una funcionalidad que les permite abandonar un grupo o bien sumarse a otros nuevos; sus límites se convierten en flexibles, se contraen y expanden. En tercer lugar, es *comunidad* dado que existe un sentimiento de horizontalidad y compañerismo pues las personas que están dentro del grupo pueden mantener conversaciones visibles de igual a igual, entablar diálogos privados, solicitar amistad en Facebook o incluso conocerse personalmente. Lo cierto es que el grupo de PSCQP surge en 2012 y fue creado por Verónica Marcote. A partir del nacimiento de su hija, Verónica comenzó a involucrarse con diversos temas en torno a la maternidad. Se

sumó a un grupo de crianza en calidad de puérpera y registró que otras madres de ese grupo habían tenido la posibilidad de tomar ciertas decisiones en lo que respecta al nacimiento de sus bebés: elegir dónde y/o con quién parir, así como también qué experiencias eran deseables y cuáles no a la hora de transitar su embarazo o el momento de recibir a sus bebés. Paralelamente, su hermana tuvo una cesárea que dejó profundas inquietudes sobre el accionar de su obstetra. Allí surge el interrogante que más tarde se traduciría en iniciativa concreta: ¿Y si hubiera una base de datos a la cual recurrir para obtener información acerca de profesionales de la salud, instituciones y experiencias de otras mujeres? Es en este contexto que nace el primer grupo de Facebook y luego se expande con la creación de grupos referidos a otras geografías de Argentina, pero con el mismo objetivo. El efecto dominó desencadenó comunidades de PSCQP en Salta, Tucumán, Santa Fe, La Rioja, Mendoza, La Plata, Río Negro e incluso Uruguay, entre otros. También fue el puntapié inicial para que grupos de otras temáticas surgieran con el mismo espíritu, tal como sucedió con *Para Saber con Quién Atender a Nuestros Hijos*⁵.

Recuperando la tipología de grupos de Facebook, PSCQP es un grupo de índole secreto. Así lo explica Verónica Marcote en su Instagram⁶ oficial y público: “El grupo original es oculto, no se encuentra para evitar curiosos” ¿Esto quiere decir que cualquier integrante puede invitar a quien desee a unirse al grupo? Definitivamente no. Para ingresar, es condición excluyente haber solicitado amistad al perfil “Parasab Analía”, al tiempo que también enviar un mensaje privado al mismo perfil. Es un grupo de alta demanda, así me lo explica una de sus actuales administradoras en una de mis entrevistas: “La única forma para entrar hoy por hoy era conociéndola a ella porque no estaban pudiendo con los ingresos y le digo ‘Vero, te ayudo yo’. Bueno y así es como entré, así surgió la posibilidad de colaborar”.

La función principal del grupo tiene que ver con el registro y exposición de las experiencias de las mujeres. El grupo cuenta con más de 8 mil relatos de parto o cesárea. Dichos relatos están sistematizados a través de una “guía” o “formulario” (Ver Anexo 1), un recurso comprendido por una serie de preguntas que indagan sobre la experiencia de

⁵ Para saber con quién atender a nuestros hijos (recomendaciones pediátricas) (s.f) Inicio [Página de Facebook]. Recuperado en enero de 2022 de <https://www.facebook.com/groups/214563622060020>

⁶ Nosotras Parimos [@veronica.marcote]. (s.f.). Publicaciones e Storys destacadas [Perfil de Instagram]. Instagram. Recuperado entre enero y marzo de 2022 de <https://www.instagram.com/veronica.marcote>

las mujeres al momento del trabajo de parto, parto o cesárea, atención por interrupción del embarazo, internación en neonatología y postparto. También explicitan la institución y los datos del equipo médico protagonista en su atención. Su objetivo principal es capturar de primera mano la experiencia de las mujeres, haciéndola visible a través de una publicación en el grupo de Facebook con el fin de que esto llegue a otras mujeres. También – aunque en menor medida - es un grupo en el que se difunden distintas actividades tales como talleres pre-natales, de preparación para la lactancia, actividades facilitadas por doulas, espacios para gestantes, etc. En términos generales y sin la intención de entrar en detalle respecto a qué agrupación o quiénes son las personas que realmente publican en el grupo, me interesa aclarar que existen dos tipos de referentes que lideran estas iniciativas. En primer lugar, identifico a aquellas actividades difundidas por agrupaciones, es decir, grupos de parto en casa, grupos de crianza, parteras o doulas organizadas, instituciones críticas del sistema de salud, entre otras. En segundo lugar, distingo a las actividades publicitadas por mujeres de forma individual, es decir, mujeres que tal vez tienen una formación académica, terciaria u holística de alguna índole en una institución o bien ejercen la militancia, pero que promueven sus actividades en tanto mujeres independientes. En lo que respecta a mi tipo de referente, decido seleccionar a las *mujeres independientes* en tanto aquel sujeto de indagación para la construcción de mi tesis. A su vez, me interesa destacar que abordo dos subtipos de mujeres independientes: *Relatoras Individuales de Nacimientos* o RIN e *Integrantes de Círculos de Gestación* o ICG⁷. Llegué a ambas a través del grupo de Facebook. Me preocupaba fuertemente obtener el consentimiento informado de Verónica, no sólo por una cuestión ética como profesional de la antropología, sino también por una cuestión de transparencia y compromiso personal. Con su validación, avancé en las líneas de investigación que detallo a continuación en función de las categorías de estilo que sistematiza Guber (2013: 94 y 95).

Con la intención de realizar una exploración inicial, me enfoqué en el análisis de documentos, fundamentalmente de índole formal y/o jurídico (estilo enciclopédico). Me

⁷ Con la intención de resguardar la identidad de las personas involucradas en este estudio, mantengo el anonimato de las mujeres independientes mediante el uso de las siglas RIN y ICG, así como también de todas las personas entrevistadas y de las protagonistas de los relatos obtenidos, los nombres de los profesionales de la salud, de las instituciones, de los recién nacidos y de cualquier otra persona involucrada (doulas, puericultoras, profesoras de yoga, etc) con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que aquí presento.

refiero a la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales⁸ (Ley n° 26.485) y la Ley de Parto Humanizado⁹ (Ley n° 25.929).

En una segunda etapa, comienzo con el trabajo etnográfico. En una primera instancia, ya dentro del grupo de PSCQP y, con la autorización de sus administradoras, abrí una convocatoria para recolectar experiencias a partir de relatos (estilo recolección de textos + traducción), lo que sus integrantes denominan “guía” o “formulario” (ver Anexo 1). En una segunda instancia, y con el objetivo de ampliar la información obtenida a partir de los relatos, avancé con la realización de 5 entrevistas en profundidad (estilo aproximación subjetiva) a mujeres que integraban el grupo de Facebook PSCQP y que, a su vez, compartían un círculo de mujeres y encuentros quincenales de forma remota (lo que anteriormente denominé como mujeres independientes, RIN o Relatoras Individuales de Nacimientos e Integrantes de Círculos de Gestación o ICG). En lo que respecta a la herramienta mencionada para la segunda instancia, las entrevistas fueron realizadas a través de zoom o whatsapp. Deseo explicitar dos factores que argumentan tal definición. Por un lado, escuchando la voz y las necesidades organizativas de mis entrevistadas, llegué a la conclusión de que la conversación mediada por la virtualidad era una alternativa funcional para madres al cuidado de bebés con pocos meses de vida. Por otro lado, el COVID-19 tuvo un impacto directo y ameritó una decisión per se, independientemente de la situación individual de mis entrevistadas. Tal definición se produce en un contexto de pandemia en el que se profundizan las reflexiones sobre la *ciencia posnormal* (CPN). Para la CPN “la complejidad de los problemas y su ambigüedad son inherentes”. Sus problemas son inciertos, con pluralidad de valores en conflicto, la toma de decisiones es de urgencia y lo que se pone en juego es potencialmente elevado. A su vez, lo valioso del conocimiento en tiempos de crisis no tiene que ver con la rigurosidad del método científico, sino más bien con su calidad¹⁰ (Funtowicz, e Hidalgo, 2021). El marco de COVID-19, implica que algunas

⁸ Ley 26.485 de 2009. Ley de Protección Integral a las Mujeres. 11 de abril de 2009. Boletín Oficial del 14-Abr-2009.

⁹ Ley 25.929 de 2004. Ley de Parto Humanizado. 17 de septiembre de 2004. Boletín Oficial del 21 de septiembre de 2004

¹⁰ Entendida como una relación armoniosa de adecuación (fitness) a un propósito o una función social

características de la CPN se traduzcan en acciones y formas concretas a la hora de hacer antropología en tiempos de crisis; se expanden y contraen los límites de los elementos y recursos para la experiencia de aprendizaje y conocimiento que representa esta tesis de grado. Realicé las entrevistas entre mediados de noviembre 2021 y mediados de enero 2022, época hacia la cual se produjo un nuevo pico de contagios en América Latina en general y en Argentina en particular. Mientras que del 26 al 27 de diciembre de 2021 hubo un incremento en los casos del 169% (de 7523 a 20263), hacia el 14 de enero de 2022 se produce uno de los picos más elevados de los últimos meses con un total de 139.853 contagios¹¹. Es en este contexto que las entrevistas vía plataformas virtuales cobraron aún más fuerza.

Avanzado el recorrido, decidí sumar una tercera y última instancia. De este modo, ahondo en una fase evolutiva y complementaria de análisis, no ya para recorrer documentos formales y/o jurídicos, sino para dar cuenta de dos recursos que actualmente circulan en internet a la hora de monetizar un trabajo, por un lado, y de visibilizar una problemática, por el otro. Aludo aquí a Cafecito de *Nosotras Parimos*¹² y la petición llamada *Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas* en Change Org¹³. A su vez, a menudo recorro a la recuperación de otras publicaciones o comentarios de redes sociales para ejemplificar, explicar o reflexionar (estilo recolección de textos + traducción).

En suma, al aludir a mi campo o referente empírico, estoy hablando entonces del grupo de Facebook PSCQP, los relatos de parto o cesárea de RIN o Relatoras Individuales de Nacimientos, las entrevistas en profundidad de ICG o Integrantes de Círculos de Gestación, las leyes nacionales, el Cafecito de Nosotras Parimos y la petición de change.org llamada Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas. Intentando hacer un repaso general de las técnicas de investigación de campo, considero

¹¹ Organización Panamericana de la Salud (2021) Aumentan 50% los casos de COVID-19 en la última semana en las Américas en <https://www.paho.org/es/noticias/29-12-2021-aumentan-50-casos-covid-19-ultima-semana-americas> y Ministerio de Salud de la República Argentina (2022). Informe Epidemiológico de enero 2022 en <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes>

¹² Cafecito (Entre enero y marzo de 2022). Nosotras Parimos en <https://cafecito.app/nosotrasparimos>

¹³ Change.org (Entre enero y marzo de 2022). Petición de Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas. <https://urlty.co/wiD>

pertinente capitalizar el uso del cuadro comparativo¹⁴ que expone Guber en *El salvaje metropolitano* (2013: 94 y 95). De este modo, intento visibilizar el uso del multimétodo¹⁵, buscando que la integralidad y fusión entre los distintos instrumentos me permitan al menos minimizar posibles vacíos teórico-metodológicos. Cabe aclarar que el cuadro se encuentra customizado, contiene ítems originales y otros aportes propios.

¹⁴ La utilización de cursiva en el cuadro corresponde a mis aportes personales.

¹⁵ Ver Marradi, A., N. Archenti y J. Piovani (2007). Metodología de las ciencias sociales, Buenos Aires: Emecé editores

Estilo	Objetivos	Instrumentos	Perspectiva crítica
Enciclopédico	Relevamiento e inventario socio-cultural.	Fuentes directas (<i>leyes nacionales</i>).	No presenta relación entre hechos. <i>Visión estática y no dialógica de la realidad.</i>
Recolección de textos + Traducción	Tendencia descriptiva y <i>de sistematización como recurso unificador de la experiencia. Análisis semiótico.</i>	Método textual y hermenéutica. <i>“Guía” o “formulario, Change.org, cafecito y redes.</i>	Depende de la memoria individual del informante y <i>de sus intenciones a la hora de documentar, así como también de sus habilidades de redacción. No permite la repregunta o profundización.</i>
Aproximación subjetiva	Conocer desde dentro de la cultura	Empatía, <i>entrevistas virtuales en profundidad.</i>	Riesgo de identificación con informante. <i>Posible pérdida de detalles (gestos, conexión visual, contacto con el ambiente cotidiano del informante, etc).</i>

Roberto Da Matta (2007) remarca que, igual que en los ritos de pasaje, en la investigación antropológica también nos implicamos en distintas fases a lo largo del ejercicio profesional. Habla sobre la fase teórica intelectual caracterizada por la separación entre quien investiga y sus sujetos, hasta entonces potenciales, de campo; la fase práctica ligada a las vísperas de la investigación donde afloran cuestionamientos e interrogantes propios del inminente ingreso al campo; y la fase personal o existencial, momento en el cual se fusiona la teoría con la práctica y aparece el intercambio, aunque ya no con libros o apuntes sino con personas. A su vez, Da Matta destaca que desde la antropología tenemos un doble desafío: “transformar lo exótico en familiar y lo familiar en exótico” (2007: 174) ¿Qué sucede cuando el tránsito por las fases y este ejercicio comienza no con la decisión de iniciar una investigación social sino a partir de la experiencia personal e intransferible de crear una vida? Tal como lo anticipé, mi ingreso

al grupo PSCQP sucede a partir de mi propia experiencia como mujer que gesta. En este sentido, para cuando decidí convertir al grupo en parte de mi referente empírico, yo ya formaba parte de él hacía varios meses. Si bien entiendo que las fases son categorías analíticas y que, por ende, sus límites no son estancos sino flexibles y difusos, me resultan útiles para dar cuenta de mi trayectoria individual. Pocos meses después del nacimiento de Rami y habiendo decidido el foco de mi tesis, efectivamente transité las fases que introduce Da Matta. O, mejor dicho, las (re)transité. En este sentido, considero que mi investigación comienza en agosto de 2020 (momento en el cual tomé conocimiento sobre mi embarazo) y se extiende hasta marzo de 2022. Es, dentro de este eje temporal, que inicié y repetí el ejercicio de leer y hacerme de información, evaluar a qué espacios y cómo sumarme, e inicié mis interacciones con mujeres posicionándome de forma doble: como persona que gesta-materna y como investigadora. Así, tuve el desafío de cambiar mis lentes y volver sobre mis propios pasos: pasé de los cristales del cotidiano ordinario, a los cristales antropológicos ¿Cómo revisitarse y objetivar mi propia experiencia individual? ¿De qué modo cambiar de rol y (re)habitar un espacio en el que ya estaba presente? ¿Cómo lograrlo minimizando la resistencia por parte de mis sujetos de investigación? Éstas eran algunas de las preguntas que constantemente me repetía. Hace algunos años, a raíz de nuestro trabajo para la materia Metodología y Técnicas de la Investigación de Campo (FFyL, UBA), junto a un grupo de compañeras hicimos una publicación¹⁶ a partir de una entrevista a Mónica Tarducci. Durante nuestro diálogo Tarducci enfatizó “primero están las luchas en la calle”, dando cuenta de que la construcción del objeto va desde las experiencias reales de las mujeres hacia los conceptos de las ciencias sociales, y no al revés. Considero importante posicionarme entonces como mujer y madre feminista que busca realizar un pequeño aporte académico en el afán de visibilizar a la violencia obstétrica en tanto problemática social. Tal como concluíamos en la publicación, uno de los motores de la antropología feminista es el de darle voz a quienes han sido sistemática e históricamente silenciadas, o lo que en términos de Elsie Rockwell implica “documentar lo no documentado” (2009:48). Pero ¿Qué sucede cuando a través de un grupo de Facebook son las mismas mujeres quienes asumen el desafío de registrar lo no registrado?

¹⁶ Ruso, M, Muñoz, C, Barcaglioli, E, Villamil, S, Garbagnoli, M, Queiruga, M. (2018). Academia y militancia: un acercamiento a la antropología feminista. Entrevista a Mónica Tarducci en <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/quehaceres/article/view/3258/2100>

ORGANIZACIÓN DE ESTA TESIS

Hasta ahora recorrí el *Capítulo 1 - Introducción*. Presenté el tema de mi tesis, transitando brevemente por mis motivaciones personales, los objetivos, problemas y la hipótesis de investigación, y el marco metodológico junto a ciertas aclaraciones que consideré pertinentes. En el *Capítulo 2 - Marco teórico y conceptual*, expondré a la Antropología del Nacimiento en tanto marco a partir del cual elaboro mis análisis y reflexiones, contextualizando a esta corriente de la antropología en las luchas, logros y desafíos de los movimientos feministas. Recorreré los aportes de Robbie David-Floyd y Emily Martin, mis principales referentes internacionales en lo que a este nicho temático respecta. Luego me detendré en la concepción del cuerpo como territorio de conquista, en la historia del surgimiento de la obstetricia y en cómo tal conquista fue institucionalizada a través de la hospitalización del nacimiento en Argentina. Luego daré paso al planteo de la perspectiva médico-hegemónica sobre el nacimiento, presentando los principales planteos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud a fin de dar lugar al análisis del binomio intervenciones-intervencionismo en lo que refiere a las prácticas obstétricas. Ya adentrándome en el *Capítulo 3 – Mi referente empírico*, daré inicio al análisis de los distintos instrumentos que constituyen a mi campo. Recorreré brevemente la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley n° 26.485) y la Ley de Parto Humanizado (Ley n° 25.929) para luego llegar al plan de parto en tanto instrumento de resistencia, luego daré cuenta sobre hallazgos y reflexiones en torno a los aportes de mujeres integrantes del grupo de Facebook PSCQP que denomino RIN o Relatoras Individuales de Nacimientos mediante los relatos de parto o cesárea, y aquellas que englobo en ICG o Integrantes de Círculos de Gestación a través de entrevistas en profundidad, para finalmente presentar el cafecito de Nosotras Parimos y la petición de change.org llamada Derecho a estar acompañadas para embarazadas y púerperas; todos ejemplo de activismo online. Para terminar, en el *Capítulo 4 – Reflexiones finales*, comparto mis principales elaboraciones respecto al tema de mi elección y la experiencia de aprendizaje que significó la presente tesis, entendiendo que más que un trabajo conclusivo, propongo considerar a mi tesis de grado en tanto una producción preliminar;

como una base a partir de la cual en un futuro podré aproximarme a nuevas o más profundas líneas de indagación.

CAPÍTULO 2 - MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

ANTROPOLOGÍA, FEMINISMO Y NACIMIENTO

La *Antropología del Nacimiento*, también conocida como la Antropología de la Reproducción o del Parto, permite comprender los períodos de embarazo, parto o cesárea, nacimiento y puerperio. Su desafío es analizar el hecho fisiológico del gestar, nacer y criar no sólo reduciéndolo a sus alcances biológicos, sino más bien profundizando en sus implicancias en función de cada contexto y cultura. La corriente surge a partir del trabajo de Margaret Mead quien, en 1967 junto a Niles Newton, escribe *Cultural Patterning of Perinatal Behavior*, trabajo en el que estudia los distintos sistemas de partos en forma intercultural. A partir de esta producción, comienzan a diversificarse las elaboraciones y publicaciones alrededor del tema en cuestión. Poco tiempo después, hacia los años '80, los estudios sobre reproducción pusieron el foco en la obstetricia de la sociedad occidental y en el incremento de la tecnología y la medicalización (Blázquez, 2005: 2).

Ahora bien ¿Cómo vincular el surgimiento de la Antropología del Nacimiento con los movimientos feministas? A modo sintético, el desarrollo histórico de los feminismos, comúnmente se organiza en torno a la noción de *olas*. La primera ola se extiende desde la Revolución Francesa hasta la segunda mitad del siglo XIX. Aquí cobra protagonismo la figura de Mary Wollstonecraft, autora de la *Vindicación de los derechos de la mujer* (1792) y madre fundadora del movimiento feminista. Para ese entonces, las principales pensadoras problematizaron los temas de la educación y los derechos de la mujer, cuestionando los privilegios de los hombres. La segunda ola del feminismo inicia hacia la segunda mitad del siglo XIX y se extiende hasta la segunda mitad del siglo XX. En 1848 se organizó la Convención de Seneca Falls, también conocida como la Declaración de los sentimientos: frente a un contrato social rousseauiano que sólo incitaba la incorporación del sexo masculino a la ciudadanía; la educación debería ser, por excelencia, el bastión que les permitiría a las mujeres sembrar igualdad y libertad en un contexto de aparentes diferencias. Aquí se refuerzan la

obtención del voto femenino y el acceso al derecho educativo como dos postulados incansables. La tercera ola del feminismo se produce entre los años '60 y '80 del siglo XX, allí las divisiones entre lo privado y lo público comienzan a ser cada vez más difusas. Aparece el lema “lo personal es político” impulsado por Kate Millet (Valcarcel, 2000). Si bien partir de la segunda década del siglo XXI, hay quienes comienzan a hablar sobre una cuarta ola, no considero pertinente detenerme en esta sino en la ya mencionada segunda ola. Siguiendo a Valeria Fornes, las investigaciones antropológicas sobre embarazo, parto y puerperio se hicieron evidentes en el marco de la segunda ola de los movimientos feministas, cuando se tornó clave cuestionar los roles, sentidos y prácticas alrededor de una maternidad caracterizada por el aumento de la medicalización y la tecnología durante nacimiento (2009: 3). Cabe destacar que aquel corpus que empieza a robustecerse hacia los '70 y los '80, fue escrito, casi en su totalidad, por mujeres, lo cual podría explicar el carácter incipiente y poco visible de la Antropología de la Reproducción hasta ese entonces en tanto campo de estudio (Blázquez, 2005: 3). No resulta llamativo que la antropología elaborada por varones no se detuviera a considerar a estas temáticas como válidas y de interés para la disciplina, o que cualquier posible reflexión se encontrara escondida entre emblemáticas figuras masculinas de la época, tal como ya ha ocurrido en el caso de mujeres pioneras de la antropología norteamericana¹⁷. En suma, el tema de la gestación y el parto ha sido trabajado por diversos referentes de las ciencias sociales en general, así como de la antropología en particular. En lo que a la presente tesis respecta, en el ámbito internacional me detendré fundamentalmente en los aportes antropológicos realizados por Emily Martin (1987) y Robbie David-Floyd (1993, 1994, 2001, 2009), mientras que en el ámbito local en los de Celeste Jerez (2015) y Valeria Fornes (2009, 2011).

En lo relacionado con el nivel global, en el libro de *The woman in the body*, Emily Martin (1987) se pregunta sobre las representaciones culturales que construyen las mujeres sobre sí mismas y sobre su sociedad, sus aportes están atravesados por el análisis de clase y de género. Para abordar este interrogante realiza más de un centenar

¹⁷ Tarducci, Mónica (2015). Antes de Franz Boas: mujeres pioneras de la antropología norteamericana. *Runa* /36.2, página 57 a 73.

de entrevistas en profundidad a mujeres de clase media - alta y clase trabajadora, con el fin de ahondar sobre los procesos biológicos y médicos del proceso de menstruación, menopausia y parto. Martin propone dos metáforas para analizar el nacimiento. En primer lugar, expone la metáfora del *cuerpo como máquina*. Aquí presenta a la mujer y/o a su útero como una máquina que necesariamente debe ser asistida por el médico o mecánico. El proceso de intervención del nacimiento se torna evidente al menos durante dos momentos clave. Alude así a la atención prenatal como un trabajo de mantenimiento y detección de fallas, y al nacimiento como aquel momento en que se produce la descomposición del cuerpo. En esta última etapa, las fallas mecánicas sólo pueden ser reparadas mediante habilidades del mismo tipo, es decir, a través de las manos masculinas del médico o mecánico que empuñan tecnologías o herramientas tales como los fórceps. En segundo lugar, introduce a la metáfora de la *reproducción como producción fabril*. La mujer es entendida como la trabajadora de una fábrica que produce en serie, en cuyo cuerpo se hace uso de tecnología e intervenciones con el objetivo de controlar su trabajo de parto, aumentar su producción y generar un producto perfecto por excelencia: el bebé. En línea con los aportes de Martin, David-Floyd señala: “el producto final más deseable del proceso de dar a luz es el nuevo miembro social, el bebé; la nueva mamá es una consecuencia secundaria” (2009: 62). Uno de los testimonios expuesto por un tocólogo en una de sus publicaciones me resulta ilustrativo al respecto: “Era lo que nos enseñaban que debíamos conseguir: el bebé perfecto. Esto es lo que nos enseñaban a producir. Casi nunca pensábamos en la calidad de la experiencia de la madre” (2009: 62). Considerada como la materia prima de la cual se extrae el producto, se produce la fragmentación o *alienación de las madres* en distintos niveles. Se las aleja de otras madres al igual que ocurre con la separación de las personas trabajadoras en la producción capitalista, se separa al producto extraído o bebé de la madre, y se escinde al conjunto bebé-madre de la propia comunidad como si este binomio no perteneciera a ella (Martin, 1987: 19). A su vez, presentando a las contracciones como involuntarias, el modelo médico coloca a la mujer en un rol pasivo durante su trabajo de parto y parto, organizándolo en etapas. Por un lado, está la primera etapa que incluye a la fase latente en la que se produce una lenta dilatación y borramiento del cuello del útero (alcanza a 3 o 4 cm de dilatación), seguida de una fase activa donde la dilatación es más rápida (de 3 o 4 a 10 cm de dilatación) y, a su vez, se subdivide en la fase de aceleración, la de pendiente máxima y la de desaceleración. Por otro lado, se destaca el momento del descenso del bebé por el canal de parto seguido del nacimiento.

Por último, se encuentra la separación y expulsión de la placenta. Se presenta así al trabajo de parto y parto como un trabajo mecánico en fábricas que se divide en etapas y subetapas con una tasa de progresión homogénea basada en estudios médicos.

En lo que sigue, propongo englobar a las metáforas planteadas por Martin, en lo que Robbie David-Floyd (2009) denomina como *modelo tecnocrático*. Según la autora dicho modelo se constituye como la base filosófica de la biomedicina occidental y estadounidense, así como también como la base de la obstetricia moderna. David-Floyd retoma a Peter C. Reynolds y a su libro *Stealing Fire: The mythology of the technocracy* donde discute cómo la naturaleza logra ser “perfeccionada” mediante la cultura y expone que una tecnocracia es “una sociedad jerárquica y burócrata movida por una ideología de progreso tecnológico”. Las primeras formas de este modelo se desarrollaron hacia el siglo XVII de la mano de Descartes, Bacon y Hobbes. Su premisa se basa en que el universo es mecanicista, basado en leyes predecibles que se descubren a través de la ciencia con el fin de manipular la naturaleza mediante tecnología y reducir así la dependencia humana de la naturaleza. De este modo, emerge la metáfora del cuerpo humano como un cuerpo que se puede montar y desmontar; un cuerpo pasible de ser fragmentado en cuerpo, mente y alma. Siguiendo a la autora, mientras el alma era entregada a la religión y la mente a los filósofos, el cuerpo quedaba al servicio de las investigaciones científicas. Ahora bien ¿cualquier cuerpo era considerado como prototipo del cuerpo-máquina? Definitivamente no, fue justamente el masculino aquel cuerpo considerado como modelo. Con esta premisa, el cuerpo femenino era entendido como un cuerpo que se aleja de los estándares del prototipo, es decir, como anormal, defectuoso e influenciado por la naturaleza. De este modo, la metáfora cuerpo-máquina edifica los cimientos filosóficos base para el desarrollo de la obstetricia moderna, al tiempo que posibilita la desaparición de las prácticas, saberes y referentes tradicionales, tales como las parteras, para dar lugar al parto mecánico e intervenido por herramientas y tecnología. Aquellos cimientos de la obstetricia, encuentran su momento de edificación cuando se adopta el modelo de la elaboración de productos en serie, organizados por el patrón en la nueva fábrica denominada *ámbito hospitalario*. De esta manera, “el sistema reproductivo de una mujer pasó a ser tratado como una máquina de parir por parte de técnicos experimentados que trabajan bajo horarios semiflexibles para satisfacer las demandas de producción y de control de calidad” (David-Floyd, 2009: 62). Según David-Floyd (2001), hasta la edad industrial, hace tan sólo 250 años, las prácticas culturales vinculadas con el parto eran

relativamente homogéneas. Alude al libre movimiento durante el parto, la elección y cambio de la posición para aplacar el dolor generado por las contracciones, la ingesta de comida y bebida, la asistencia por parte de personas del entorno (principalmente mujeres), la elección de la posición erguida para el aprovechamiento de la gravedad a la hora de pujar y la permanencia de la persona recién nacida junto a su madre para favorecer el amamantamiento y el contacto piel con piel. Dichas prácticas culturales eran la norma hasta la revolución industrial, con ella los nacimientos fueron trasladados desde las casas a los hospitales. Así, en el marco de la industrialización del parto, se han perdido muchos de los saberes y conocimientos sobre partos sin asistencia médica (Davis-Floyd, 2001). De la mano de esto, se profundiza la pérdida de prestigio de las parteras como guardianas y guías en el parto, quedando subordinadas a los planteos industriales y tecnológicos, así como también ante la figura jerárquica del médico obstetra varón. La industrialización y medicalización del nacimiento surge con el objetivo de controlar los cuerpos durante el acto natural del parto, utilizando al factor miedo como recurso de coerción.

DEL CUERPO COMO TERRITORIO DE CONQUISTA Y LA HOSPITALIZACIÓN DEL NACIMIENTO EN ARGENTINA

María Elena Ramognini¹⁸, plantea una analogía entre el descubrimiento y la conquista territorial, y el descubrimiento y la conquista del cuerpo de las mujeres hacia la época del Renacimiento. Según su explicación, ambos procesos mantienen un correlato: al tiempo que surge un interés por anexar tierras para el comercio y la obtención de riquezas, también aumenta el interés por entender cómo funcionan los cuerpos y su fisiología. A su vez, Ramognini plantea una coincidencia entre la conquista del territorio geográfico y la caza de brujas. Dicho tema ha sido problematizado por Silvia Federici en su obra de *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (2010). Al mismo tiempo, Federici se encarga de historizar la transición del feudalismo al capitalismo en Europa, planteando dos fenómenos vinculados que actuaron como mecanismos de control sobre los cuerpos de las mujeres: la escisión entre producción y

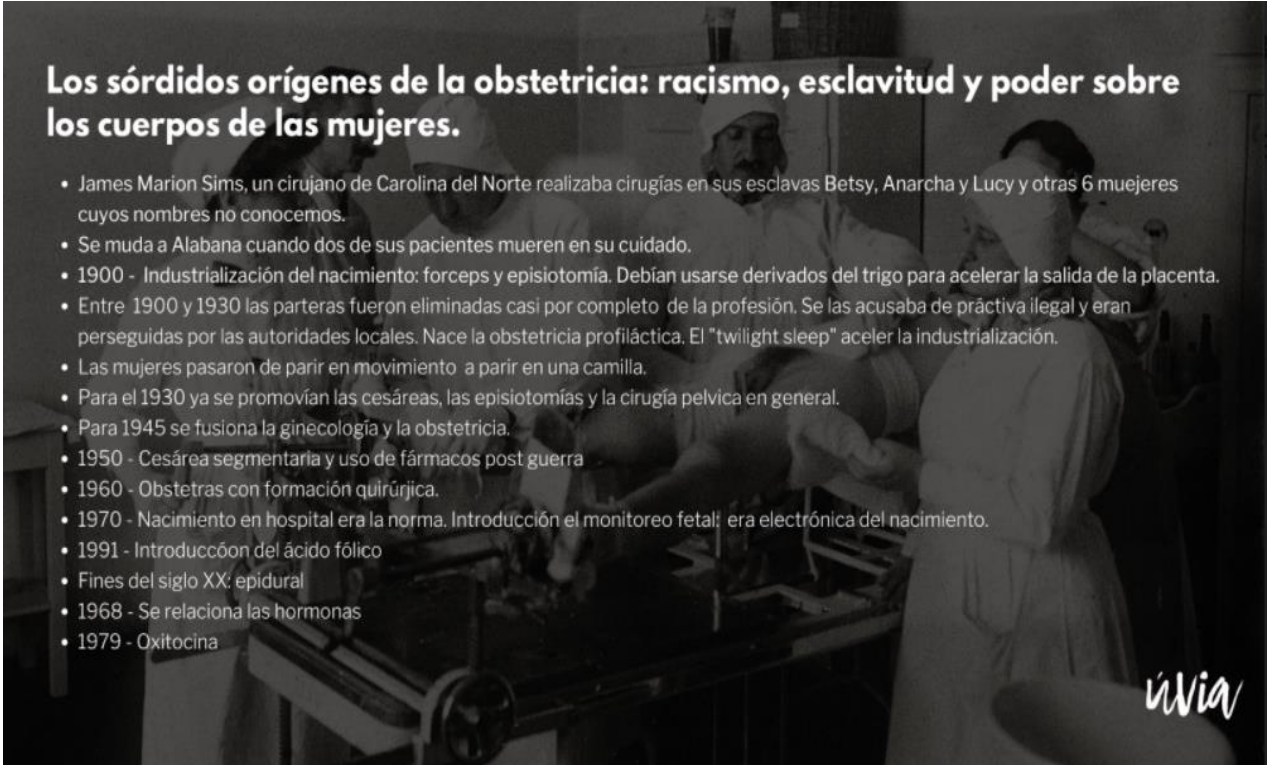
¹⁸ Apunte de clase y notas personales de “El cuerpo como territorio de conquista: tensiones y resistencias en la atención medicalizada del parto”. Clase 12: La salud sexual y (no) reproductiva desde la perspectiva ecofeminista de la Diplomatura en Ecofeminismo UBA, FSOC – Eco House, cohorte nro. 1, año 2021.

reproducción, y la crisis poblacional. La primera les asigna un rol estrictamente biológico a las mujeres al restringir sus capacidades a la reproducción de la especie. La segunda tiene que ver con la necesidad de poner foco sobre el tamaño de la población como eje propulsor de la riqueza de las naciones en un contexto de hambre, guerra y epidemias, un desafío estatal y científico que consolida la necesidad de colocar a las mujeres al servicio de la reproducción. No obstante, no fue sino hasta mediados del siglo XIX que inicia una progresiva hospitalización del nacimiento. De este modo, profesionales de la medicina empiezan a experimentar con los cuerpos de mujeres gestantes. Lo cierto es que, según Ramognini, hacia el siglo XV y XVIII aparecen las primeras formulaciones de la anatomía en tanto mapa del cuerpo, cartografías creadas por parte de especialistas nómades que dieron inicio a la documentación de los procesos físicos en general, y reproductivos en particular.

Los anatomistas escoceses William Hunter y William Smellie son considerados como los “padres” de la obstetricia y quienes, entre 1750 y 1774, construyeron atlas anatómicos a partir de la autopsia de mujeres que habrían muerto espontáneamente durante el parto. Por el contrario, una reciente investigación basada en diarios médicos y datos demográficos, intenta demostrar que la mortalidad en el parto no era moneda corriente y que, Hunter y Smellie, tuvieron que haber decidido asesinar deliberadamente a estas mujeres con fines “experimentales y académicos”. Fue recién hacia mediados del siglo XIX que la mortalidad materna emerge como una problemática visibilizada por el Dr. Semmelweiss, obstetra del Hospital General de Viena. Llamativamente, este médico descubre que, dentro del pabellón atendido por médicos y estudiantes, las muertes por fiebre puerperal oscilaban de un 13% a un 50% (entre 13% a 17% en períodos de epidemia, entre 20% y 50% fuera de epidemia), mientras que, en la sala atendida por comadronas, era inferior al 2%. A partir de esta información, Semmelweiss elabora una teoría que asegura que los médicos que manejan cuerpos sin vida, trasladaban “algo” a las mujeres tactadas, acto que las contagiaba y conducía hacia la muerte. Como solución, propone una simple acción: que los médicos laven sus manos con lavandina, agua e hipoclorito de sodio. No obstante, quienes recurrían a los hospitales eran las mujeres más humildes, desclasadas y migrantes, quienes no tenían la posibilidad de pagar una comadrona: lavarse las manos antes de atenderlas estaba muy mal visto por la élite médica. Semmelweiss fue defenestrado y terminó sus días en un manicomio. A pesar de lo atinado en sus observaciones, no fue sino hasta la teoría microbiana de Pasteur en 1860

que su hallazgo finalmente tuvo un reconocimiento (Ramognini, 2019: 7- 9). En suma, el avance sobre los cuerpos de las mujeres, terminaría con la deslegitimización y persecución de las comadronas y la emergencia de la atención del nacimiento en hospitales: ahora los cuerpos de las mujeres, sus úteros, estaban a disposición del sistema médico-hegemónico y del Estado (Quiróz, 2016).

Recuperando el aporte de Yañez (2013) entiendo por institucionalización de los procesos de embarazo, parto y puerperio al “proceso por el cual se ponen bajo control del Estado, de los poderes religiosos y los poderes científicos a los significados y las actividades asignados al papel de las mujeres en la reproducción humana y social”. Siguiendo a Ramognini, aproximadamente hacia 1880, se hacen presentes aquí, en Latinoamérica, los procesos de integración territorial para conformación de las naciones basadas en el exterminio de los pueblos originarios.



Los sórdidos orígenes de la obstetricia: racismo, esclavitud y poder sobre los cuerpos de las mujeres.

- James Marion Sims, un cirujano de Carolina del Norte realizaba cirugías en sus esclavas Betsy, Anarcha y Lucy y otras 6 mujeres cuyos nombres no conocemos.
- Se muda a Alabama cuando dos de sus pacientes mueren en su cuidado.
- 1900 - Industrialización del nacimiento: forceps y episiotomía. Debían usarse derivados del trigo para acelerar la salida de la placenta.
- Entre 1900 y 1930 las parteras fueron eliminadas casi por completo de la profesión. Se las acusaba de práctica ilegal y eran perseguidas por las autoridades locales. Nace la obstetricia profiláctica. El "twilight sleep" acelera la industrialización.
- Las mujeres pasaron de parir en movimiento a parir en una camilla.
- Para el 1930 ya se promovían las cesáreas, las episiotomías y la cirugía pélvica en general.
- Para 1945 se fusiona la ginecología y la obstetricia.
- 1950 - Cesárea segmentaria y uso de fármacos post guerra
- 1960 - Obstetras con formación quirúrgica.
- 1970 - Nacimiento en hospital era la norma. Introducción del monitoreo fetal: era electrónica del nacimiento.
- 1991 - Introducción del ácido fólico
- Fines del siglo XX: epidural
- 1968 - Se relaciona las hormonas
- 1979 - Oxitocina

úvia

ILUSTRACIÓN 1: SÍNTESIS HISTÓRICA CAPTURADA DE LA PRESENTACIÓN DE LA CLASE NRO. 12 DE LA DIPLOMATURA DE ECOFEMINISMO (UBA, FSCOC - ECO HOUSE) DICTADA POR MARÍA ELENA RAMOGNINI Y CAROLINA FERREYRA

Habiendo ya transitado la década del 1880 y, con ella, la mal llamada “conquista del desierto” y la guerra contra Paraguay, aparece una necesidad urgente: bajo el lema “gobernar es poblar” de Juan Bautista Alberdi, la escasez poblacional cobró estado

público hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX. A su vez, las epidemias de la fiebre amarilla y el tifus, agudizaron esta problemática (Ramogini, 2019: 11; Yañez, 2013). Recuperando a Karina Felitti (2011) y Marcela Nari (2004), Yañez aporta información de valor. Introduce cómo con el aluvión de inmigrantes europeos emerge una paradoja pues aumenta la afluencia poblacional en el territorio, pero también el uso de prácticas anticonceptivas. Además, los principales usuarios de dichas prácticas eran las clases medias y deseables en términos reproductivos para el gobierno, pero eran, por el contrario, los sectores bajos aquellos que sí continuaban reproduciéndose. En este contexto de necesidad poblacional, es que proliferan las instituciones encargadas de atender y asistir a las madres y recién nacidos. No obstante, ninguna persona estaba dispuesta a pagar el costo por esta política de incremento poblacional en cantidad y “calidad”. En este sentido, el sistema médico y la élite nacional hicieron grandes esfuerzos por educar a las mujeres en un modelo imperante de madre: eran las guardianas de la familia, la “raza blanca” y la salud. No obstante, al tiempo que numerosas mujeres continuaban resistiendo a ser atendidas por profesionales del sistema médico-hegemónico, otras continuaban recurriendo a parteras tradicionales. También se había instalado la aplicación de penas a las mujeres que se negaban a amamantar y criar, tales como la prisión o detención en lugares donde eran obligadas a ejercer la maternidad (Nari, 2004: 190). Así, entre 1880 y 1940, las políticas de salud en torno a la maternidad y la crianza, se focalizaron en la disminución de la mortalidad, el control poblacional y la construcción eugenésica de la nación.

Tal como intenté mostrar en este breve recorrido, los cuerpos de las mujeres en tanto cuerpos intervenidos y violentados, data desde hace siglos. En términos de Lorena Cabnal¹⁹, integrante de la red de sanadoras ancestrales y feminista comunitaria territorial guatemalteca, el cuerpo de las mujeres es, por excelencia, un *territorio de disputa*. Este cuerpo le pertenece al sistema patriarcal, pues, es el cuerpo que se pone a trabajar para ganar un salario y el que a menudo se enferma por las opresiones. Es, en otras palabras, el cuerpo expropiado que ha de ser defendido y recuperado, no sólo de forma literal sino también simbólica. Visibilizar las intervenciones que soportan nuestros cuerpos es una

¹⁹ Humus - Capítulo 2. Lorena Cabnal: El cuerpo como territorio de defensa. La tinta en <https://www.youtube.com/watch?v=gOkbzksSakQ>

tarea inminente para promover su recuperación, así como también la reapropiación de saberes y prácticas que el sistema médico-hegemónico nos ha hecho alojar en el limbo.

LA PERSPECTIVA MÉDICO-HEGEMÓNICA SOBRE EL NACIMIENTO

Con frecuencia, profesionales de la medicina se escudan en su embestidura, son quienes estudiaron y, por ende, quienes “poseen el conocimiento”: se encuentran en una posición asimétrica y de poder en relación con las personas “pacientes”²⁰.

En el marco de diálogos durante su embarazo algunas mujeres han escuchado, por parte de sus obstetras, frases sugerentes como “relajate, yo te digo lo que hay que hacer”, “mucho google” o “dejá de leer”. También se hacen presentes otras enunciaciones aún más contundentes y explícitas: “uno debería tratar con descerebradas”, refiere una usuaria de Instagram al compartir una frase que le mencionó su obstetra al notar que ella estaba “muy informada y hacía mil preguntas”²¹. Entonces, ¿Qué saben los que saben? ¿Cuán actualizados están respecto a qué es recomendable y qué no lo es en términos de la medicina hegemónica? A continuación, expongo qué argumentos y definiciones tiene la comunidad médico científica a nivel internacional frente a las intervenciones y/o prácticas en torno al trabajo de parto, parto o cesárea y nacimiento. Para esto recupero publicaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en tanto organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas para prevenir, promocionar e intervenir en la salud, así como también publicaciones elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entendida como representación de la OMS en la Región de América para controlar y coordinar la implementación de sus políticas en estos territorios.

²⁰ Utilizo el encomillado con el objetivo de distanciarme de un término que desde el lenguaje cotidiano alude a “quien espera”, quitándole por completo la capacidad de agencia a las personas en lo que a su salud respecta.

²¹ Nosotras Parimos [@veronica.marcote]. (febrero de 2022). “Relajate! Yo te digo lo que hay que hacer”. (Tremenda) y típica frase, que tantas veces escuché, dicha a las [Fotografía]. Instagram en https://www.instagram.com/p/CVbjhtns7LF/?utm_source=ig_web_copy_link

Siguiendo la información organizada en los documentos²², establezco 6 grupos o ejes. Cabe enfatizar que, dado que son numerosas y alcanzan la suma de 56, traeré a la explicitación no a todas las prácticas, sino sólo a aquellas que considere más relevantes de cara a mi investigación. El primer grupo incluye a la *atención durante el trabajo de parto y nacimiento*, es decir, está vinculado con las habilidades interpersonales, así como también con la calidad y calidez en la atención y el servicio brindado por profesionales de la salud. Así, se recomienda una atención respetuosa de la maternidad que consiste en garantizar la dignidad, privacidad, confidencialidad e integridad física que promuevan un trato adecuado y un correcto asesoramiento a las mujeres para que puedan tomar cada decisión estando informadas. En otras palabras, se alude aquí a una atención basada en los derechos humanos. A su vez, se recomienda una comunicación efectiva y que va desde generar conversaciones a partir de métodos sencillos y culturalmente fáciles de interpretar, hasta el ejercicio de presentarse a la mujer y la persona acompañante, dirigirse a la mujer por su nombre y no por apodos o pseudónimos infantilizantes y responder inquietudes y necesidades a partir de la empatía y la escucha activa. También el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto por una persona elegida por cada mujer, se hace referencia a una persona del entorno familiar, comunitario, una partera o, incluso, una doula. En segundo grupo engloba al *periodo de dilatación*. Las recomendaciones sugieren hacer uso de una definición conceptual de la fase latente y activa del período de dilatación. Se alude respectivamente a un periodo caracterizado por contracciones dolorosas y modificaciones variables en el cuello del útero con grado de borramiento y progresión más bien lento hasta los 5 cm de dilatación, y un período caracterizado por contracciones dolorosas y regulares junto a un borramiento y progresión más bien acelerado del cuello de los 5 cm de dilatación. En términos generales, se recomienda no asumir la existencia de duraciones estándar para el período de dilatación pues su variabilidad de mujer a mujer es sumamente amplia, por lo cual la regla de 1 cm de dilatación por hora es imprecisa y la dilatación menor a 1cm por hora no debiera ser indicador para llevar adelante intervenciones obstétricas. De hecho, el trabajo de parto

²² Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1, Organización Mundial de la Salud (2019) Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/> y Organización Mundial de la Salud (2016) Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto: resumen de orientación en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205685>

posiblemente no sufra una aceleración natural sino hasta luego de llegar a los 5 cm de dilatación. Tampoco se recomienda el monitoreo o cardiotocografía de rutina al momento de ingresar a la institución para el caso de embarazadas con trabajo de parto espontáneo, ni la cardiotocografía continua para el mismo caso. Respecto a la frecuencia de los tactos vaginales para identificar el estado y avance del trabajo de parte, se sugieren cada intervalos de 4 horas. Sobre el alivio del dolor, se recomienda el uso de la anestesia epidural, opioides, técnicas de relajación (respiración, música, meditación, etc), técnicas manuales. No obstante, para prevenir demoras en el trabajo de parto, se desaconseja la amniotomía o ruptura de membranas de rutina y el uso de oxitocina para mujeres con anestesia peridural. Sí se incentiva la movilidad y elección de posición por parte de la madre, priorizando las posiciones erguidas. El tercer grupo refiere al *período expulsivo*. No se alude a una contraindicación en posición para dar a luz, mujeres con o sin anestesia peridural pueden adoptar la posición de su elección (incluso posiciones erguidas) y el método para pujar debe responder a la propia necesidad de la mujer. A su vez, no se recomienda el uso de episiotomía ni de presión en el fondo uterino de rutina. No obstante, para las mujeres con epidural se sugiere demorar la acción de pujar al menos 2 horas hasta luego de la dilatación total o bien hasta que la mujer recobre su sensación de pujo. El cuarto grupo aglutina al *alumbramiento*. Aquí se sugiere el uso de uterotónicos profilácticos, fármacos que previenen la hemorragia postparto, y el pinzamiento tardío²³ del cordón umbilical para beneficios en términos de salud y nutrición tanto para la madre como para el bebé. El quinto grupo tiene que ver con la *atención al recién nacido*. En este caso se desaconseja la aspiración nasal u oral de rutina, es decir, para los bebés que, incluso con líquido amniótico, logran respirar de forma autónoma. Se recomienda el contacto piel a piel durante la primera hora de vida para los recién nacidos sin dificultades con el fin de favorecer la lactancia materna y evitar hipotermia. En cuanto al baño, debe retrasarse al menos 24 horas post nacimiento y la administración de la vitamina K al menos 1 hora hasta tanto termine el contacto piel a piel. El quinto grupo está directamente relacionado con las *tasas de cesárea*. A nivel internacional, se ha considerado que no hay razón para que en ningún lugar del mundo las tasas de cesáreas superen el rango de 10% a 15%. Es este porcentaje el que estadísticamente demuestra favorabilidad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Así, según la OMS y la OPS:

²³ Se entiende por tardío al pinzamiento pasado realizado no antes del minuto.

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.*

¿Qué distancia existe entre las recomendaciones y sugerencias que es factible encontrar en documentos oficiales de la OMS o la OPS y las realidades que experimentan las mujeres a la hora de tener un parto o cesárea? ¿Logran los equipos médicos implementar las prácticas previamente introducidas? Si lo logran con éxito ¿Es debido a que prima una constante actualización a través de pappers y publicaciones, o que lo hace la definición de poner a la vida y a las mujeres en el centro? Si no lo hacen ¿Tiene que ver con negligencia, desidia o la persecución de intereses personales? Éstas son sólo algunos de los interrogantes que funcionan como preguntas útiles a la hora de reflexionar acerca de la exploración y la implementación (o no) del conocimiento.

PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS: ¿INTERVENCIONES O INTERVENCIONISMO?

Davis-Floyd problematiza la experiencia del dar a luz en la atención hospitalaria de Estados Unidos, se pregunta por qué la experiencia individual e intransferible del nacimiento se ha convertido en un proceso con estándares y etapas análogas a las fabriles (2009: 55). Me parece importante plantear lo que, desde mi punto de vista, es la diferencia entre intervenciones e intervencionismo. Las *intervenciones*, utilizadas con responsabilidad, en el momento correcto, brindando la información necesaria y tomando decisiones de modo conjunto entre profesionales de la salud y “pacientes”, en ciertas ocasiones se convierten en indispensables y salvan vidas. No obstante, la regla, tal como plantea Davis-Floyd, es que los partos o cesáreas sean considerados como procesos a ser intervenidos por la medicina médico hegemónica, y no como procesos fisiológicos y/o nacimientos respetados que ocurren en el cuerpo de las mujeres²⁴. Anteriormente expuse las prácticas recomendadas y no recomendadas por la OMS y la OPS. Como mostraré más adelante, muchas se encuentran en armonía con los derechos que intentan garantizar

²⁴ Actualmente se ha comenzado a utilizar el término *cesárea respetada* para romper con la idea de que si se produce esta intervención quirúrgica entonces no pueden ponerse en valor ciertas prácticas respetadas a la hora del nacimiento.

nuestras leyes nacionales. No obstante, accionar no considerando estas sugerencias, implica crear escenarios que interfieren con el trabajo de parto, generando, a partir de una intervención, la necesidad de recurrir a nuevas prácticas que, a su vez, ameritan la realización. Esto es lo que algunos referentes denominan como “cadena de intervenciones” (Marcote, 2017), otras “necesidades médicas” (Davis-Floyd, 2009) u “ola de intervenciones innecesarias” (Pérez, Chauquelaf y Cerpa, 2017), y yo llamo *intervencionismo*.

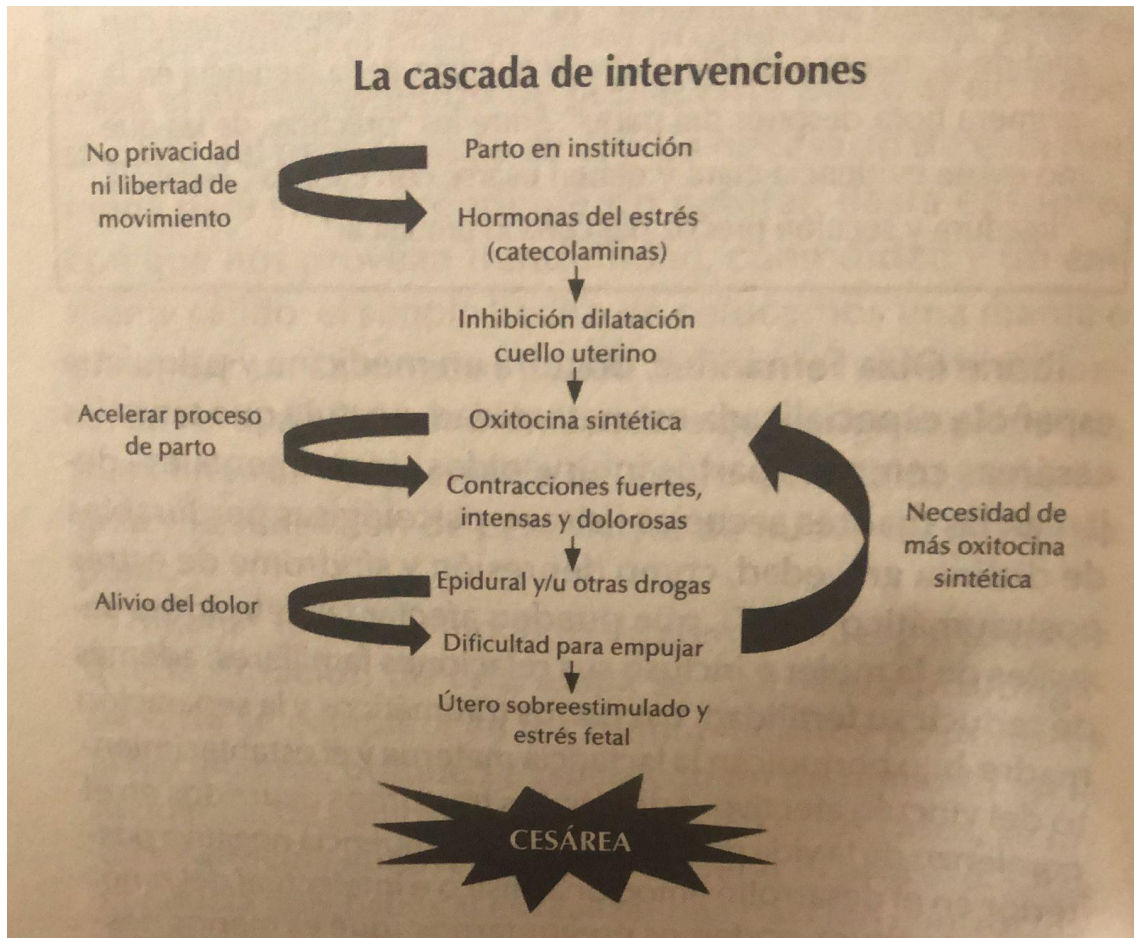


ILUSTRACIÓN 2: CASCADA DE INTERVENCIONES, CUADRO TOMADO DE NOSOTRAS PARIMOS. GUÍA PARA UN PARTO RESPETADO DE VERÓNICA MARCOTE (2017).

Para explicar el intervencionismo en el dar a luz, Davis-Floyd retoma a Arnold Van Gennep. En las culturas las transiciones son ritualizadas, haciendo que la sociedad tenga un impacto directo en las experiencias individuales y, según Davis-Floyd, esto podría dar cuenta de la estandarización del nacimiento. Van Gennep plantea que siempre que una persona atraviesa un cambio en su posición social o estado, se activa el modelo

de los *ritos de paso* que ordena la transición del sujeto en tres categorías (Van Gennepe, 1960; Turner, 1967). En primer lugar, se destacan los rituales de separación en los cuales el sujeto se distancia de un grupo determinado para dar inicio a los rituales de transición. Aquí es cuando inicia la *fase liminal* en la cual el sujeto no es “ni lo uno ni lo otro” pues se encuentra en una especie de limbo que concluirá finalmente gracias a los rituales de agregación o de su incorporación a un grupo diferente del original. Propongo interpretar al nacimiento como aquel acto en el que se producen distintos ritos de paso, al menos tres para ser más precisa. Por un lado, nos topamos con un bebé que está a punto de pasar “del útero al mundo de la cultura” y, por el otro, de una persona que está a punto de convertirse en padre o cuidador secundario. Con todo, sin lugar a dudas, el rito de pasaje en el que me interesa enfocarme es aquel que describe David Floyd: aquel que describe el pasaje de la mujer hacia el universo de la maternidad. La autora explica que la *separación* sucede cuando la mujer se entera de su embarazo y la fase de *agregación* se produce luego de los primeros meses del recién nacido. El punto álgido de este proceso, del suceso que marca un antes y un después es el ritual del nacimiento a través del parto o cesárea. “Al convertir el proceso naturalmente transformativo del parto [o cesárea]²⁵ en un rito de pasaje cultural, una sociedad puede garantizar que sus valores básicos se transmitan a los tres nuevos miembros nacidos del proceso de dar a luz” (David Floyd, 2009: 58)

A continuación, menciono y describo cada una de las prácticas que forman parte de la cadena de intervenciones, así como también momentos o rituales con una alta carga simbólica y sentido cultural (David Floyd, 2009: 58). Para iniciar, destaco una situación en principio aparentemente normal, una situación incluso naturalizada: la partida del hogar y la llegada a la institución, en otras palabras, la puerta de acceso a la cadena de intervenciones²⁶. La llegada a la institución implica el pasaje de las mujeres de una situación de confort en un espacio conocido y cómodo a un espacio desconocido, es decir, de un espacio de conexión a un espacio de desconexión. Así, se generan estímulos que activan la respuesta de adrenalina, hormona que inhibe a la oxitocina, elemento clave para

²⁵ La aclaración entre corchetes me pertenece

²⁶ La contracara del parto en institución es, justamente, el parto en casa ¿Es entonces el parto en casa la alternativa que resuelve las problemáticas que se activan con el parto en institución? Cabe aclarar que el parto domiciliario o parto planificado en domicilio continúa reproduciendo cierto tipo de relaciones de género al restringir a las mujeres al ámbito doméstico y privado (Fornes, 2009: 7). Por otro lado, he leído algunos relatos que, aunque ínfimos, aluden a la violencia obstétrica incluso habiendo experimentado un parto planificado en domicilio. Por lo tanto, la respuesta es no: no necesariamente un parto en el hogar resuelve los actos violentos ante los que estamos expuestas las mujeres.

llevar adelante el trabajo de parto y parto. Normalmente, al llegar al hospital o clínica las embarazadas son recibidas justamente por personal de dicha institución, se les hace preguntas, se registra el motivo de su llegada, se le dan indicaciones o bien se la deriva con otras personas. Situaciones que continúan inhibiendo la hormona de la oxitocina. No obstante, muchas mujeres sienten una sensación de seguridad al llegar a la institución. Aun así, lejos de interpretar esto como algo positivo, puede entenderse como consecuencia de la consideración del parto en tanto un evento atravesado por la patología y no por la fisiología. Además, con el despojo de pertenencias y, muchas veces, la separación de personas de su confianza, se da inicio a la etapa de aislamiento de la mujer. Acto seguido se le otorga “vestimenta” para transitar este ritual, la típica bata o ambo, junto con la colocación de un brazalete identificador en su muñeca, que luego también se le pondrá al recién nacido.

Con la llegada a la institución y el cambio de contexto, es muchísimo más factible que ocurran situaciones tales como la ausencia o minimización del movimiento libre, el pedido de traslado de una sala a otra a través de una silla de ruedas o una camilla, la realización de monitoreos en posición horizontal que permitan “controlar” al bebé, la imposibilidad de comer o beber, la colocación de una vía en el brazo, entre otras. Algunos recursos como, por ejemplo, el uso de la silla de ruedas, es un modo simbólico que tiene la institución de hacerle notar a la mujer que su situación es patológica; se encuentra incapacitada y enferma. Los goteos intravenosos, por su parte, son la puerta de acceso para el proceso de medicalización en general y de la oxitocina sintética en particular, una droga que genera contracciones artificiales, a diferencia de la hormona de la oxitocina que impulsará contracciones naturales. Las contracciones aumentan su frecuencia, lo cual genera que los momentos de recuperación entre contracción y contracción disminuyan, y la persona gestante se encuentre en una situación de mayor complejidad a la hora de transitar su trabajo de parto. La vía es el “cordón umbilical con la institución”, así como durante su estadía en la panza el bebé depende del cordón umbilical que lo conecta con su madre a través de la placenta, ahora la vida de la madre depende de la institución (David-Floyd, 2009: 59). A su vez, una vez que se coloca la oxitocina sintética a través de la vía intramuscular, habitualmente se exige que la persona gestante este permanentemente monitoreada para poder controlar la frecuencia cardíaca del bebé. Si la persona gestante llegó a la institución con su bolsa íntegra, es muy factible que llegue un momento en el que el equipo médico proponga romperla artificialmente como recurso

“útil” para acelerar el trabajo de parto. Al hacerlo, las contracciones comienzan a aumentar su intensidad y es posible que a partir de esto algunas personas recurren al uso de la anestesia peridural para poder tolerar el trabajo de parto. Cabe aclarar que existen dos tipos de aplicación de la peridural: la anestesia y la analgesia. La primera genera la fragmentación o pérdida completa del registro del cuerpo, al tiempo que disminuye el dolor, la segunda disminuye el dolor, aunque permite que la persona gestante continúe registrando las contracciones y, así, su propio cuerpo para llevar adelante el trabajo de parto con un grado de autonomía mayor. A medida que el trabajo de parto avanza, llegará una instancia en la que el equipo médico le propondrá a la persona gestante colocarse en posición de litotomía, la posición que habitualmente utilizan las instituciones para parir, es decir, con la persona acostada boca arriba y sus piernas colocadas en los extremos de la camilla o estribos. Dicha posición se entiende como una postura de sumisión y está asociada con la *episiotomía*, es decir, un corte que se realiza en el periné mediante el uso de bisturí, con el objetivo de aumentar la apertura vaginal durante el expulsivo, es decir, la última parte del proceso del parto. Aún es considerada como una práctica obstétrica de rutina. Es interesante el cuadro que Valeria Fornes (2009: 4) retoma de la publicación titulada *¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?* (Tomasso et. al., 2002). Allí Fornes realiza una síntesis comparativa entre lo que ella denomina “mitos” que legitiman la práctica y las conclusiones a las que llega la autora. No obstante, el artículo no ahonda (y tampoco ahondaré aquí) sobre evidencias científicas, sino que se enfoca, justamente, en los hallazgos identificados como consecuencia del análisis de otros textos y documentos que desarticulan las prácticas médico-hegemónicas. En este sentido, no incluiré aquí el desglose de los argumentos en los que el enfoque biomédico sostiene su éxito o en cómo desde su perspectiva han resuelto el tema de las muertes perinatales u otras problemáticas, tampoco el detalle del impacto o las consecuencias negativas que pueden tener ciertas prácticas o intervenciones. Sí me interesa traer estas conclusiones presentados en el cuadro de Fornes. La autora explica que mientras se habla sobre la prevención del dolor, la evidencia asegura que el riesgo de sufrir dolor en la episiotomía de rutina es mayor que en la episiotomía selectiva; que cuando se alude a la prevención de desgarros, la evidencia confirma que el riesgo de desgarros severos es mayor para los casos de episiotomía de rutina; que al tiempo que se habla sobre el acortamiento del parto y la disminución de la morbilidad perinatal, la evidencia habla incluso sobre el alargamiento del parto y el aumento del riesgo frente al ingreso de cuidados especiales para los recién nacidos. Ahora bien, para acelerar el momento de la fase expulsiva

también se utiliza la *maniobra de kristeller*, es una intervención que ejerce presión manual sobre el útero, para lo cual habitualmente la persona profesional de la salud literalmente se sube sobre el cuerpo de la mujer. La maniobra se utiliza, en algunos casos, incluso al momento del alumbramiento de la placenta. Este último proceso se da de manera natural gracias a las contracciones que continúa generando el útero post nacimiento. La expulsión de la placenta, no sólo es posibilitada gracias a las mencionadas contracciones del útero, sino también gracias al impacto que tienen los primeros reflejos de succión del bebé en la madre, los que generan la liberación de más oxitocina y, en consecuencia, más contracciones. No obstante, habitualmente se hace uso de la oxitocina sintética para acelerar dicha expulsión. Ahora bien, hasta acá estoy describiendo un nacimiento intervenido sistemáticamente pero vaginal ¿Qué sucede con el caso de las cesáreas? “Cuando provienes de un sistema de valores, sus rituales te confortarán y te tranquilizarán” (Davis-Floyd, 2009: 67). La validación por parte de las mujeres respecto a la ola de intervenciones no es, entonces, una excepción; tampoco la intervención quirúrgica de la cesárea. Considerando las experiencias de parto de un grupo de relatos, Fornes encuentra que la percepción de las mujeres que tuvieron nacimientos por cesárea aluden a la seguridad y confort de las instalaciones, la confianza inspirada por profesionales de la salud, la tercerización respecto a las decisiones en torno al nacimiento, el valor asignado al uso de la tecnología y a los recursos para promover la disminución del dolor y la asepsia rutinaria hacia el bebé (2009). No obstante, la cesárea es, por excelencia, una herida del patriarcado, una incisión cuyo propósito es registrar a fuego, en el cuerpo, las reglas que valida y con las que comulga cada integrante de la sociedad. Es una *marca de género*, sólo puede realizarse en los cuerpos de las mujeres y es expresión de las relaciones de poder a nivel físico y simbólico, posicionando a las mujeres como objetos y no sujetos de derecho (Fornes, 2009).

CAPÍTULO 3 - MI REFERENTE EMPÍRICO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MARCO LEGAL EN ARGENTINA

En Argentina existen ciertas leyes federales que involucran el ámbito de la salud y las mujeres embarazadas. Dichas leyes refieren a sectores tanto del ámbito público como del privado. Si bien existen otras leyes de interés para la temática, particularmente aquí hago alusión a la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley n° 26.485) y la Ley de Parto Humanizado (Ley n° 25.929).

Es de interés y relevancia que exista una ley que explicita las diferentes *modalidades* en las que se manifiesta la violencia hacia las mujeres. La 26.485 enumera y define 8 tipos de violencia, entre las que se introduce a la violencia obstétrica. Así, según la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, se denomina violencia obstétrica a “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”.

La Ley de Parto Humanizado se sancionó en 2004 y promulgó en 2015, 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 postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida”

Así, esta ley fundamentalmente busca garantizar el respeto a las mujeres y a sus pautas culturales, al parto natural y a su asesoramiento constante respecto a las intervenciones a

realizar sobre su cuerpo al tiempo que sus riesgos, variantes y alternativas en caso de que existiesen, a estar acompañada por una persona de su elección, a no ser separada de la persona recién nacida en ningún momento y a recibir asesoramiento sobre la lactancia y los cuidados, entre otros derechos especificados también en la ley. Según Valeria Fornes (2009) fue gracias a la conjunción de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trabajo interdisciplinario del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), los informes locales del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria y el accionar de diversas ONG's organizadas en torno al ideario de la humanización del parto (Tornquist, 2001), que se generó un marco apropiado para la promulgación de esta ley nacional hacia 2004. Recuperando a Celeste Jeréz (2015), fue, específicamente, la Asociación Civil Dando a Luz (<https://www.dandoaluz.org.ar/>), la que impulsó la elaboración de la ley. La asociación fue fundada por dos mujeres que se conocieron hacia los 2000, ambas coincidieron en un grupo de preparación para el parto y tuvieron sus partos en domicilio. Ya en calidad de puérperas y manteniendo sus encuentros, avanzaron en sus reflexiones respecto a la idea de crear una agrupación. Según Jeréz, fueron dos hitos los que dieron comienzo a la elaboración y propulsión de la ley. Por un lado, ya constituida la asociación civil hacia los 2000, asisten a una reunión en Brasil para conmemorar los quince años de la Declaración de Fortaleza y de las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre Nacimiento y son designadas como representantes nacionales de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento o RELACAHUPAN (www.relacahupan.org); llegó entonces el desafío de construir una red de alcance nacional en torno a la temática del parto. Por otro lado, las integrantes de la asociación fueron convocadas por el Sindicato de Amas de Casa para dar charlas y talleres dirigidos a sus integrantes. María Lucía “Pimpi” Colombo, directora del sindicato, es quien pone a las fundadoras de Dando a Luz en contacto con diputadas justicialistas. Un par de meses después, la ley de parto humanizado ya tenía su primera versión escrita.

El escenario que refiere al surgimiento de las leyes y las leyes en sí mismas, me llevan a exponer la existencia del *plan de parto*²⁷ (Anexo 3). Entiendo al plan en tanto instrumento de resistencia, es un documento cuyo objetivo es velar y garantizar el

²⁷ Nosotras Parimos [[@veronica.marcote](https://www.instagram.com/p/CEpNGkXD9Cf/)]. (febrero de 2022). “Qué es un plan de parto”. El P.P es un recurso que podemos presentar ante obstetra y/o la institución que [Fotografía]. Instagram en <https://www.instagram.com/p/CEpNGkXD9Cf/>

cumplimiento de los derechos de las mujeres y los recién nacidos. Es una herramienta donde se explicitan los deseos y necesidades que debieran hacerse cumplir durante el trabajo de pre parto y parto, parto o cesárea y nacimiento. Son las mujeres quienes tienen la potestad de construirlo y entregarlo ante profesionales obstetras y/o instituciones de salud. Desde ya que pueden producirse distintos escenarios ante el planteo, la elaboración y la entrega del plan de parto. A modo de ejemplo, comparto la voz o experiencias de tres de las mujeres que emergen entre mis entrevistadas y/o los relatos de parto referidos a esta herramienta:

Rebeca: “Cuando preparé el plan de parto [mi obstetra] me dijo ‘mirá, esto en el hospital va a ser un papel que va a quedar pegado detrás en la oficina y que nadie va a leer’”

En el caso de Rebeca y debido a las consecuencias de la pandemia, la institución donde estaba atendiendo se encontraba en quiebra, aparentemente las probabilidades de cierre eran contundentes. Su ginecóloga y obstetra le cuenta que efectivamente no estaba segura si podría continuar siguiendo su embarazo en la clínica y, por tal motivo, empiezan a conversar sobre la alternativa de planificar el nacimiento en el hospital de la zona. No obstante, la única garantía sólida para promover el cumplimiento de los deseos y las necesidades de Rebeca era parir un martes, es decir, el día en que su obstetra se encontraba habitualmente de guardia. Caso contrario, el plan de parto y un volante entregado en la vía pública tendrían el mismo destino: el descarte. Fue este contexto el que incentivó a Rebeca a evaluar otras alternativas y el que la llevó, finalmente, a seleccionar una institución a alrededor de 80 Km. de distancia de su ciudad de residencia para que naciera su hija.

Otras mujeres, hacen uso del plan de parto como disparador para abrir instancias de diálogo o, incluso, para hacerse de información y entender cómo las gustaría que sea su propia experiencia de parto o cesárea. Así fue el caso de Bárbara, quien finalmente consideró que las conversaciones con su obstetra y el equipo habían sido suficientes, optando así por no realizar una presentación formal del plan.

Bárbara: “Ni averigüé, ni averigüé o sea sé que si yo lo quería presentar el día de la internación lo entregaba ahí en informes con toda la documentación que piden, pero más que eso no, no pregunté directamente”

También existen otras situaciones como la de Daniela. Ella formó parte de un programa arancelado en la institución de salud en la cual nació su bebé, destinado para “mujeres que quieren dar a luz en un ambiente hogareño y que desean atravesar el nacimiento de su hijo naturalmente”. Uno de los ejercicios que contempla el programa, es justamente el asesoramiento para la elaboración del plan de nacimiento.

Ahora bien, es cierto que la promulgación y reglamentación de las leyes establecen una base de derechos. No obstante, sabemos perfectamente que en la práctica no siempre implican una garantía per se, sino más bien habilitan espacios de disputa, de lucha y resistencia por su implementación. En lo que sigue, trabajo en el análisis de mi referente empírico a la luz del cuerpo teórico y la introducción jurídica que recorrí hasta el momento.

DE MI CONTACTO INICIAL CON RIN E ICG

Tal como introduje, he seleccionado a lo que denomino como mujeres independientes en tanto mi sujeto de indagación, estableciendo, a su vez, dos subtipos para estas mujeres: RIN o Relatoras Individuales de Nacimientos e ICG o Integrantes de Círculos de Gestación. A continuación, detallo cómo logré abordar a cada uno de estos grupos y qué tipo de intercambios generé. En ambos casos, el punto de partida es, por excelencia, el grupo de PSCQP.

En lo que respecta a RIN, el inicio de mis interacciones con este subtipo de mujeres independientes, sucede a partir de lo que denomino como *convocatoria abierta* en el grupo de Facebook. El objetivo fue recolectar experiencias en base a relatos mayormente organizados en torno a la “guía” o “formulario” de parto o cesárea alojados en el grupo, lo que me permitiría contar con información pasible de ser sistematizada y, a su vez, tener acceso al testimonio en primera persona de las experiencias de las mujeres que se propusieran como voluntarias. En este sentido, no sólo podría hacerme de información cualitativa, sino también de datos cuantificables que me permitieran comparar las estadísticas que la OMS y la OPS consideran como esperables y las obtenidas de acuerdo a los hallazgos en torno a mi referente empírico. Dicha convocatoria implicó solicitar autorización a las administradoras del grupo para poder avanzar con esta acción y luego elaborar una publicación modelo con mensajes clave junto a un pedido dirigido hacia las mujeres. La consigna propuesta fue que comentaran mi posteo con un

“me sumo” y la aclaración de si su relato refería a su primer bebé o no. Habiendo hecho esto, las mujeres sabían que estarían brindándome su conforme para considerar su experiencia a la hora de escribir mi tesis, cuidando la confidencialidad de sus relatos y manteniendo anónimos sus datos, los de sus bebés, así como también los de los profesionales e instituciones de salud. Esto estaba, por supuesto, aclarado en mi publicación original, las mujeres contaban con toda la información necesaria para poder decidir si se sumaban a la iniciativa o no. A su vez, no sólo les presenté la necesidad de avanzar y concluir con mi tesis, sino que lo hice posicionándome como persona que materna y que desea recibirse. Para generar empatía y minimizar la sensación de incomodidad o desconfianza, incorporé una foto con Rami. Si bien elaboré escenarios en los que el impacto de mi publicación generara situaciones de conflicto o disputa y cómo podría continuar avanzando de manera alternativa, lo que el campo me devolvió superó ampliamente mis expectativas. En pocos minutos, decenas de mujeres empezaron a responder poniendo a mi disposición su relato de parto o cesárea, permitiéndome así considerar a sus relatos como herramienta de investigación.



ILUSTRACIÓN 3: CAPTURA DE PANTALLA DONDE SE APRECIA CON QUÉ IMAGEN ME PRESENTÉ AL GRUPO Y ALGUNAS REPERCUSIONES CUANTITATIVAS (LA PARTE GRISADA TIENE POR OBJETIVO RESGUARDAR LA IDENTIDAD DE DOS DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO CUYOS NOMBRES ERAN VISIBLES EN LA IMAGEN ORIGINAL)

Tal como puede observarse a la ilustración 3, la publicación tuvo más de 108 reacciones y superó los 200 comentarios, decenas de mujeres se sumaron a la iniciativa que proponía mi convocatoria. De este modo, me permitieron reunir un total de 84 relatos, de los cuales 61 finalmente coincidían con las características del recorte para mi sujeto de estudio. A su vez, me interesa resaltar aquí algunos emergentes interesantes²⁸ que organizo en distintas categorías y que dan cuenta de las repercusiones y el impacto que tuvo mi publicación. En primer lugar, destaco los comentarios de profesionales de las ciencias sociales que me ofrecieron su colaboración para mi tesis, de otras potenciales profesionales que manifestaron encontrarse en mi misma situación, es decir, mujeres siendo madres e intentando concluir sus estudios universitarios o formaciones de

²⁸ En todos los casos, resguardo los nombres reales de las mujeres

posgrado, o quienes, en puerperio, lograron alcanzar la meta de recibirse y me alentaban a concluir mis estudios. Así manifestaron su situación a través de los siguientes comentarios:

Elvira: “Sos muy genia, felicitaciones!!! Me sumo y cuento el nacimiento de mi segunda hija a la luz del nacimiento del primero. También estoy disponible si necesitas una mano con algo, soy dra en CS sociales y me dedico a la investigación cuali en salud. Éxitos!!!”

Stefanía: “Hola. Me sumo. Están mis dos relatos. Y acá con bebé de 21 meses acabo de obtener beca para terminar mi posgrado. Vamos que podemos!!!!!!”

Marta: “Sos lo más!!! Vamos por esta tesis... Yo la defendí amamantando 10' antes a Manu de 2 meses... Y cuando terminé sólo pensaba en darle la teta otra vez. Jajajaja! Vamos que ya lo tenés... Y que hay mucha buena onda acá!!!”

En segundo lugar, expongo los comentarios relativos a una acción, ya sea porque hubo personas que mostraron un marcado interés por mi investigación y esperaban una nueva acción de mi parte, o bien porque aludieron a una acción de su parte, ya sea potencial o real:

Eloina: “Amo la repercusión de este post! Amaría, pues nerd, luego saber más de esta tesis del amor!”

Delfina: “Ay es que re si podes!!!! Si necesitás ayuda en algo además de esto! Ya sabes, no sé alguien que te haga mate, que hije juegue con otro hije, lo que sea!”

Cármen: “Me inspiraste para subir el relato hoy! Es largo (soy detallista del recuerdo, por historiadora, vicio profesional). Espero te sirva.”

Considero que ambas agrupaciones de los testimonios tienen ciertas características del *rapport*. Hago referencia a:

“un estado ideal de relación entre quien investiga y los informantes, basado en un contexto de relación favorable, fundado en la confianza y la cooperación mutua que visibiliza un flujo, también ideal de información (esto es, un material genuino, veraz, detallado, de primera mano” (Guber, 2013: 247).

No aludo al rapport en tanto proceso de conocimiento resultante de una investigación, sino a mi contacto inicial con RIN en tanto una instancia en la que emergen algunos atributos del rapport, es decir, una respuesta generalizada desde la cooperación y posiblemente fundada en la confiabilidad ante mi planteo. Entiendo, a su vez, que el riesgo de que las mujeres en su calidad de informantes accionen deliberadamente como consecuencia de mi presencia como investigadora, se encuentra minimizado dado que (a excepción de 1 caso), todos los relatos recuperados son elaboraciones pre-existentes, ya subidas en el grupo de Facebook. En otras palabras, no hay una construcción ad hoc del relato de parto o cesárea como respuesta ante mi publicación, sino que estamos frente a versiones originales, producciones genuinas posteadas en un contexto no atravesado por mi investigación.

Lo concreto es que la selección de estos 61 relatos, me permitió avanzar hacia una sistematización básica de la información. A continuación, comparto algunos de los análisis y hallazgos generales. Ramognini (2019), recupera un informe de la OMS y OPS, del mes de mayo de 2016. Allí se detecta que las cesáreas realizadas en nuestro país, alcanzan el promedio de un 30,9% para el caso de los hospitales públicos y de un 67% para las instituciones privadas entre 2010 y 2014. Es decir, un promedio del 57,95% si tomo en consideración ambos tipos de instituciones. Ahora bien, si considero las 5 entrevistas en profundidad que realicé, la tasa de cesáreas es del 20%, es decir, 1 de las 5 mujeres entrevistadas tuvo a su bebé a través de esta intervención quirúrgica. Si bien ya representa un porcentaje en su límite en relación con la tasa sugerida por la OMS de entre el 10% y el 20% de cesáreas, el porcentaje aumenta cuando consideramos el tipo de nacimiento a partir de los relatos de parto. De las 61 experiencias recuperadas a partir del grupo de Facebook PSCQP, el 47% transitó una cesárea. En otras palabras, si considero el porcentaje máximo para cesáreas de la OMS-OPS (20%), el 47% identificado en los relatos supera en más de un 100% a la tasa que se entiende como necesaria.

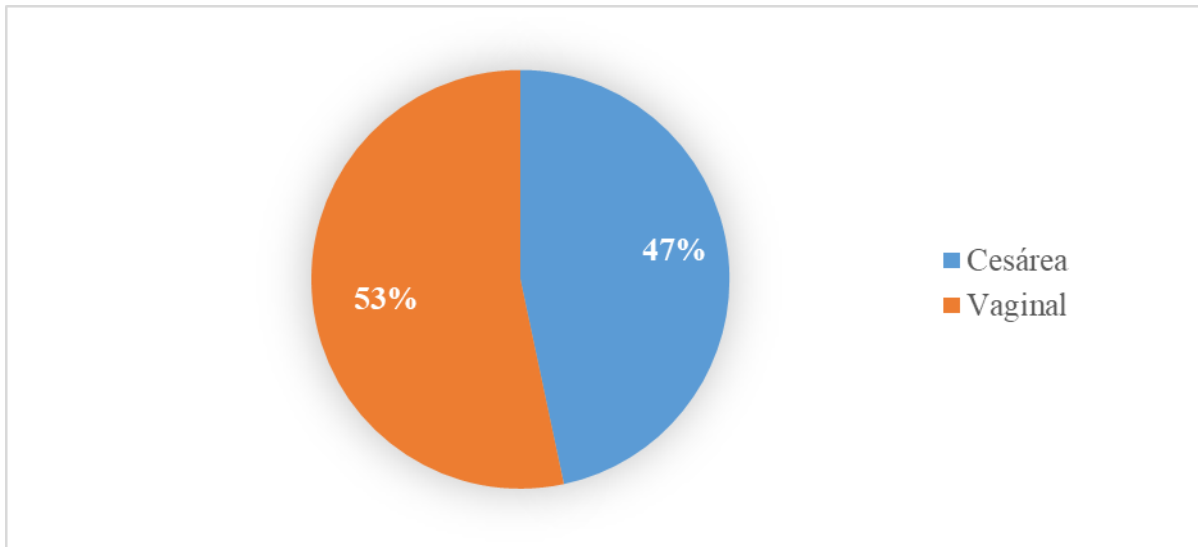


ILUSTRACIÓN 4: DISTRIBUCIÓN DE RELATOS POR TIPO DE NACIMIENTO. INFO. DE RELATOS DE PARTO O CESÁREA

Respecto a las experiencias, definí organizarlas en tres tipos: favorable, intermedia y desfavorable. Estas categorías surgen del ejercicio de englobar a las experiencias de parto o cesárea en función de las características que surgen en los testimonios escritos de las mujeres, por un lado, y gracias a uno de los puntos de la “guía” o “formulario, por el otro, el cual invita a las mujeres a calificar su experiencia, sugiriendo detallarla como mala, regular, buena, muy buena, excelente, o bien hacer uso de la definición que cada quien considere pertinente. De este modo, en *favorable* encuadro a los relatos en donde la percepción integral de la experiencia es positiva, es decir, existe una suerte de armonía entre las esferas que refieren a la institución, el equipo de profesionales y el proceso de nacimiento en sí; en *intermedia* circunscribo a los relatos en los que la percepción es difusa o tendiente a lo negativo en solo 1 una esfera; y en *desfavorable* encierro a los relatos en los que identifiqué una percepción negativa de al menos 2 esferas. A su vez, organicé estos tipos según nacimiento, es decir, teniendo en cuenta si el nacimiento se produjo a través de parto o cesárea.

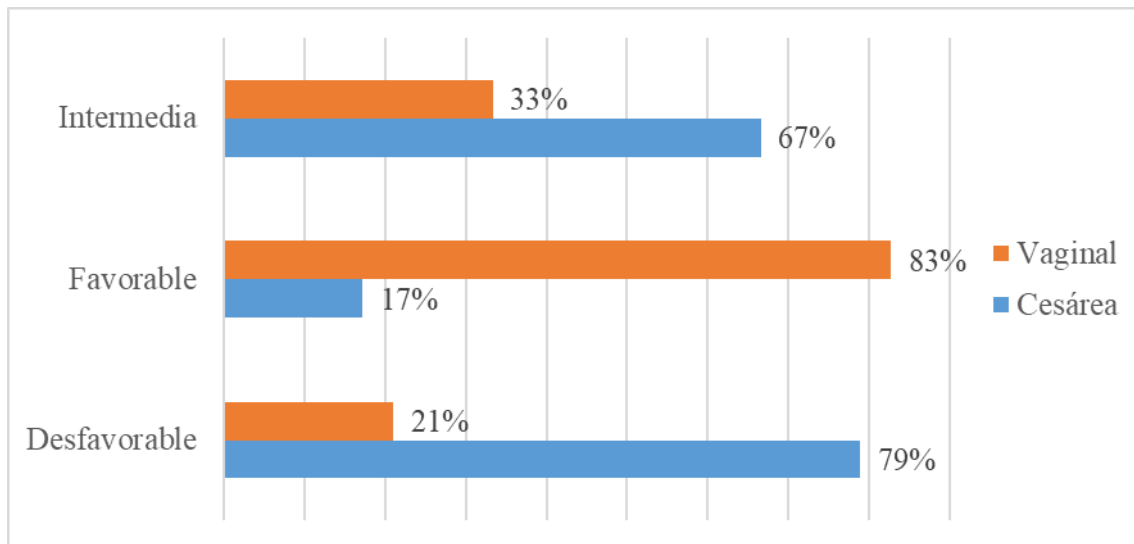


ILUSTRACIÓN 5: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE EXPERIENCIA Y NACIMIENTO, INFO. DE RELATOS DE PARTO O CESÁREA

Tal como puede observarse en la ilustración 5, existe una relación entre la favorabilidad de la experiencia y el nacimiento vaginal, así como entre la desfavorabilidad de la experiencia y el nacimiento por cesárea ¿Podría estar esto vinculado con la tensión entre el deseo de tener una experiencia de nacimiento vaginal, el ser acompañadas en esto por las instituciones y los equipos médicos, versus el desenlace final del nacimiento en relación a estos deseos y/o expectativas? ¿Cómo interpretar los porcentajes observables en la experiencia de tipo intermedia?

En lo que respecta a ICG, tuve mi primer contacto a partir de la obtención de un flyer que difundía el inicio de un círculo de gestación. Conversé con su facilitadora y le expliqué acerca de mi trayectoria individual y la decisión de escribir acerca de gestación y nacimiento. Tuvimos algunas conversaciones y aceptó mi propuesta de convocar a las integrantes de sus círculos a ruedas de entrevista, a través de su articulación. Acordamos que ella le haría llegar el siguiente mensaje a las integrantes de sus círculos mediante grupos de whatsapp:

“Hola! Soy Meri y formo parte de uno de los Círculos de Vero Marcote. La experiencia del embarazo y el nacimiento de Rami dejaron una huella enorme y hermosa en mí. Quise seguir conectada con esa experiencia y decidí hacer mi tesis de antropología sobre parto humanizado y redes de sostén. Si fuiste mamá primeriza, tu bebé ya nació y te resuena mi mje... te invito a compartir un espacio de conversación x zoom para charlar sobre tu experiencia de embarazo y

nacimiento. Todo lo que charlemos es absolutamente confidencial! Si querés sumarte, envíale tu nombre y tu celu en un msj de wpp a Luz para que me lo pueda remitir. Millón de gracias”.

A diferencia de la respuesta inmediata y la autonomía en la recolección de relatos que ocurrió con RIN, coordinar los espacios de entrevista individual implicó un compromiso de gestión y seguimiento más fuerte de mi parte. El mensaje llegó a dos círculos diferentes. Si bien en el primero la respuesta fue positiva, sí fue desafiante coordinar los espacios de entrevista debido a la disponibilidad acotada de tiempos y las consideraciones logísticas que implica acordar y mantener una entrevista mediada por la maternidad y el cuidado, de aquí logré coordinar 4 entrevistas. En el segundo círculo, necesité conversar en más de una oportunidad con la facilitadora para que enviara recordatorios a las mujeres, de aquí logré coordinar sólo 1 entrevista. Ahora bien, lo que considero valioso y necesario es la integralidad de los relatos y las entrevistas en profundidad. Por un lado, entiendo al ejercicio de completar y publicar la “guía” en el grupo de Facebook como aquello que Celeste Jeréz denomina “activismo online”, es decir, “una forma particular de politizar la vida social a través de internet (principalmente mediante redes sociales como Facebook, o blogs y páginas web)” (2015: 10). Por el otro, retomo el término que Briggs (1986) utiliza para referirse a la entrevista:

“Un amplio rango de actividades de investigación, desde la más ‘informal’ entrevista de ‘final abierto’, hasta el uso de instrumentos formales de investigaciones basadas en censos. Para que un evento sea considerado ‘entrevista’ según la definición dada, la recolección de datos debe tener lugar en una situación cara-a-cara”.

Este autor excluye explícitamente a las encuestas telefónicas, los cuestionarios escritos y las entrevistas laborales en tanto recursos a ser denominados entrevistas. Ahora bien, me gustaría considerar la definición de Briggs a la luz de mi experiencia real de campo. En mi caso la situación cara-a-cara efectivamente fue una instancia “persona a persona” aunque mediada por las pantallas y la virtualidad dado que, tal como mencioné, las entrevistas fueron realizadas mediante zoom o whatsapp. Al mismo tiempo, en ciertas oportunidades el posterior registro de la entrevista despertó en mí nuevos interrogantes que, por una cuestión de practicidad en el marco de las tareas de cuidado y de acuerdo previo con mis entrevistadas, procuré repreguntar en intercambios escritos o a través de

audios de whatsapp. Entiendo que, en términos de Briggs, esto podría considerarse en tanto una especie de “híbrido” entre las entrevistas cara-a-cara tradicionales en la antropología, cuestionarios escritos y encuestas vía telefónica: hay algo del encuentro, aunque también algo de la lectura a través de la producción escrita y de la voz mediante el diálogo ausente de cuerpo y de miradas. El abordaje a través de las nuevas plataformas de comunicación virtual, necesariamente pone en tensión las definiciones clásicas respecto a qué se entiende por entrevista, al tiempo que invita a elaborar categorías elásticas para tal concepto. En lo que sigue, analizo las experiencias de RIN e ICG a la luz de elaboraciones teóricas del campo de la antropología y el nacimiento.

METÁFORAS, CONSCIENCIA Y RESISTENCIA

Martin (1987) presenta distintas categorías o formas de *conciencia* y *resistencia* que identifica y ejemplifica mediante el uso de testimonios de las personas entrevistadas en su trabajo de campo: lamento, no acción, sabotaje, resistencia y rebelión. A continuación, retomo la definición que Martin expone para cada una de dichas categorías, para luego realizar un ejercicio metodológico similar al de la autora a partir del uso de mis propias entrevistas y/o relatos.

En primer lugar, destaca el *lamento* y lo define como aquella categoría que pone foco en la pena, el dolor o la infelicidad (puede fluctuar desde la autocompasión hasta la ira). Asimismo, puede manifestarse identificando o no los factores estructurales que se encuentran fuera del control de los individuos y con o sin la convicción de que la situación puede ser transformada. De este modo identifiqué el lamento en una de mis entrevistadas:

Nicole: ““Ahora Eze va a hacer los trámites de internación y yo te voy a hacer un monitoreo (...)”, me dice (la partera) ¿viste? Bueno, en el monitoreo, así acostada tuve un montón [de contracciones] y me dolían un montón, así acostada me dolían un montón (...) Es tremendo, es tremendo...”

Tal como puede evidenciarse en el fragmento anterior, mi entrevistada recuerda y manifiesta el dolor que implicó transitar sus contracciones acostada. No obstante, consciente de la posibilidad o no, no hace referencia alguna al monitoreo en movimiento como alternativa posible. Se evidencia así una situación en donde el dolor tiende más a

relacionarse con lo patológico, pues pareciera ser que “no hay nada que hacer” para poder gestionarlo, cuando en realidad tiene que ver con una cuestión estructural de las prácticas de la institución y con la obligatoriedad exigida a las mujeres de colocarse en posición de litotomía durante los monitoreos.

En segundo lugar, Martin menciona la *no acción* y la explica aludiendo al hecho de no participar de una organización o bien no accionar o expresarse de modos tales que sean perjudiciales para los intereses individuales. El siguiente fragmento de relato de parto o cesárea me parece ilustrativo para explicar esto:

“No cambié (de obstetra) hasta la semana 41 (según fecha probable de parto teniendo en cuenta la última menstruación) cuando el doctor me planifica una inducción, a la cual no quise ir y tras una búsqueda acompañada de una amiga que me alentó, descubrimos que estaba en realidad de 39 semanas según la primera ecografía que me había realizado. Tras no presentarme a la inducción, otra doctora me aceptó como paciente” (Paloma Pérez, Relato N° 15 de parto o cesárea)

Paloma relata cómo, frente al escenario de una inducción, decide terminar deliberadamente de atenderse con el obstetra que venía siguiendo su embarazo pero sin informárselo explícitamente, tal vez para evitar escuchar discursos que la hicieran cambiar nuevamente de opinión o que simplemente no tuviera intenciones de oír. Si bien aparentemente no estaba de 41 semanas, lo cierto es que el embarazo ya estaba sumamente avanzado. No obstante, esto no la detuvo a la hora de tomar la decisión de que su bebé naciera con un profesional diferente. Cabe destacar que la fecha estipulada de nacimiento, es, tal como su nombre lo indica, una *fecha probable de parto*; no una fecha de vencimiento, ni una fecha inamovible. La pregunta de “hasta qué semana esperarás”, es un interrogante sumamente habitual entre las inquietudes que muchas mujeres listan para hacerle a profesionales de la salud. Los profesionales obstetras, calculan esta fecha considerando la fecha de última menstruación o FUM. A menudo se considera que un bebé debiera nacer a las 40 semanas de gestación. No obstante, un bebé puede nacer espontáneamente 2 semanas antes o después de la semana 40, es decir, a partir de la semana 38 y hasta la semana 42. Con frecuencia los profesionales que están en línea con el parto respetado, suelen comunicar que esperan aproximadamente hasta la semana 41.3, es decir, semana de gestación n° 41 y 3 días.

En tercer lugar, Martín introduce al *sabotaje* en tanto la acción o las palabras destinadas a frustrar algún proceso o comportamiento percibido como perjudicial, pero con el objetivo de no ser detectado. Introduzco a continuación el aporte de una de mis entrevistadas, por un lado, y el recorte de uno de los relatos, por el otro. Ambos testimonios me resultan interesantes de interpretar:

Nicole: “Yo venía tomando té de chocolate (...) Yo le decía el jugo loco porque me lo había preparado mi amiga Laila [su doula]. Vino un día y me dice ‘traje una brujería para hacer’ me dice y bueno nada, yo tomaba el té y algo hizo porque... algo se modificó con eso, yo empecé a tener contracciones, después una amiga me había dado hojas de frambuesa y tomé”

“Mientras, en la guardia, una enfermera me hace las preguntas de rigor, me tiro al piso en una contracción para graficarle que estoy en T[rabajo de] P[arto] y logro que deje de preguntar el número de credencial y llame a la obstetra” (Denise Sause, Relato N° 35 de parto o cesárea).

El libro *Del cuerpo a las raíces* recupera y analiza entrevistas dirigidas a mujeres chilenas pertenecientes a zonas rurales o comunidades indígenas respecto del uso de plantas medicinales para la salud sexual y reproductiva (Pérez, Chauquelaf y Cerpa, 2017). Si bien lo esperable es que el trabajo de parto inicie de modo espontáneo, existen recursos que ayudan a estimularlo de manera natural. Así, las autoras explican que la ingesta de estimulantes colabora en el impulso o la aceleración del trabajo de parto. La pimienta, la canela, la miel y el cacao son algunas de las plantas o ingredientes que mencionan. Por su acción uterotónica, es decir, por su acción colaborativa en la generación de contracciones, también hacen referencia a las hojas de frambuesa como elemento que las parteras tradicionales sugieren ingerir en infusión, tanto durante el trabajo de parto en sí, como en las semanas previas. Si bien Nicole no explicitó los motivos o expectativas que la llevaron a tomar la decisión de ingerir té de chocolate y hojas de frambuesa, interpreto este acto como un intento por evitar o frustrar los procedimientos invasivos del sistema de salud, es decir, el desprendimiento de membranas, la rotura de bolsa o el uso de oxitocina sintética en tanto intervenciones artificiales que procuran inducir el trabajo de parto, ya que sí manifestó sus intenciones de poder eludir una inducción. Aludo, entonces, al consumo de estimulantes naturales puertas afuera de la institución, lejos de la vista de profesionales del sistema de salud.

En lo que respecta al relato N° 35, es claro cómo, ante las preguntas inoportunas de la enfermera, Denise decide arrojarse deliberadamente al piso para interrumpir su recepción en la institución. De este modo, consigue impedir el avance de una situación que la obligara a poner foco en cuestiones administrativas y no en su conexión con el proceso de nacimiento. Tiene éxito, su accionar, de algún modo, pasa desapercibido, es interpretado como parte del trabajo de parto, consigue que la enfermera se dirija al obstetra, sabotando así el “papeleo”.

A continuación, introduzco lo que, a mi criterio, puede interpretarse como una versión de *sabotaje en la fantasía*, alternativa que Martín propone, en realidad, para la categoría de resistencia:

“En ese momento me invadió el temor y pensé ‘Vamos al hospital, vemos que está todo bien y luego nos volvemos y seguimos el trabajo acá’. Llegamos, nos atendió un médico residente de guardia y nos confirmó la rotura de bolsa y una dilatación de 2 cm. Pequeño detalle: no sabía que al ingresar al hospital ya con la bolsa rota no había vuelta atrás: me tenía que quedar internada. Fue en ese momento que pensé por un segundo ‘¡Para qué vine! ¡Me van a empezar a apurar!’ Pero enseguida me entregué a confiar plenamente en la institución y el equipo que habíamos elegido” (Delia Félix, Relato N° 9 de parto y/o cesárea)

En este fragmento del relato, observo claramente la intención de Delia de continuar con el trabajo de parto en su casa lo que, tal vez, podría haber categorizado como *no acción* de no ser porque, frente al escenario de rotura de bolsa, decidió dirigirse hacia la institución. Interpreto este acto en tanto *intento de sabotaje fallido*, una situación de sabotaje en su fantasía que fue trunca, aunque con una percepción finalmente favorable. La intención de Delia sólo era recurrir al hospital en un contexto de temor, corroborar que todo estuviese bien y regresar a su hogar para continuar con el trabajo de parto y evitar que la “empiecen a apurar”.

En cuarto lugar, Martín expone la categoría de *resistencia* y la entiende como el hecho de negarse a aceptar una determinada definición de manera explícita, ya sea en forma individual o colectiva. También existe un acto de resistencia potencial que ocurre, en realidad, sólo en la fantasía desde los relatos de “si hubiese hecho tal cosa...” “si hubiese dicho tal otra...”.

Daniela: “Ya en ese momento sentía que no podía respirar, que no podía pensar, que no podía hablar, nada. O sea, era un dolor muy, muy intenso y tenía una contracción atrás de otra, no me daba lugar a respirar, venía otra, un trabajo súper doloroso, ya posta que no daba más. En eso viene la partera y le dicen de mi decisión de ponerme anestesia y como que noto que no estaba como de acuerdo y [me] empezó a decir (...) si yo sabía de todas las posibles reacciones como adversas o las consecuencias que me podía traer la epidural. Obvio sabía porque había investigado un montón, así que yo le digo que sí y me empieza a decir que puede afectar a mí bebe, que podía afectar a mi movilidad, que me iban a tener que subir a una camilla y que no iba a tener movimiento libre (...) Como que yo lo sentí más como que estaba intentando persuadirme para que yo diga que no, que no quería la anestesia. Me dice que mi hijo iba a nacer, que se iba a ir a neo y que iban a pasar 6 u 8 horas sin que yo lo pudiera conocer porque por la anestesia no iba a poder ir, lo cual para mí fue chotísimo porque con ella había hablado hacía dos días literal en el último encuentro de mis miedos y mi mayor miedo era que mi hijo fuera prematuro y no tenerlo cerca, entonces me pareció que ‘estás metiendo el dedo en la llaga’. Accedí a la anestesia y le pedí a la doula que la partera no estuviera más, que se fuera, que no la quería en la sala, Luqui pidió obviamente lo mismo.”

En el testimonio de Daniela, se identifica su rechazo ante la presencia de la partera y su pedido explícito hacia la doula para garantizar que la partera se retirara de la sala de partos. A su vez, mi entrevistada hace referencia a su compañero Lucas quien, acompañando la necesidad de Daniela, refuerza su pedido. En lo que respecta al Art. 2 de la Ley 25.929 sobre los derechos de la persona gestante, me interesa detenerme en el inciso a y g. El primero alude a la responsabilidad de ser informada por parte del personal de salud sobre las intervenciones y sus impactos. Si bien es cierto que la partera enumeró las posibles consecuencias de aplicar la anestesia epidural, también es cierto que lo hizo de forma insistente y que Daniela no percibió su explicación en términos informativos sino de persuasión o manipulación, es decir, para evitar que decidiera hacer uso del recurso de la anestesia. Entiendo que, en este caso, la persuasión también puede interpretarse como un ejercicio de culpabilización anticipada hacia la madre, si Daniela elegía la epidural tendría la culpa de que su hijo se vea afectado y termine en neonatología. Por un lado, el bebé de Daniela nació en la semana 35, razón por la cual

indefectiblemente iba a necesitar permanecer en observación. Por otro lado, el recurso de la epidural puede utilizarse en diferentes intensidades, es decir, como una anestesia o como una analgesia. Mientras que para los casos de cesárea se aplica una anestesia localizada que inhabilita el movimiento aproximadamente de la cintura para abajo, para los casos de personas gestantes con trabajo de parto, muchos equipos médicos priorizan la aplicación de una analgesia con el objetivo de garantizar el movimiento libre. Independientemente del tipo de epidural, no habría motivo para asegurar que por el uso de este recurso Daniela no pudiera tener contacto con su bebé durante 6 u 8 horas. Incluso para los casos del uso de anestesia en las cesáreas, la recuperación, aunque no se produce así en todos los casos, es tan solo de alrededor de una hora, es decir, aun habiendo atravesado una cirugía, no habría razón por la que la persona gestante no pudiera ser trasladada a la zona de neonatología en una silla de ruedas en el caso de que tenga demasiadas dificultades para caminar debido a la reciente intervención quirúrgica. El inciso g alude al derecho de estar en compañía de una persona de confianza durante el trabajo de parto, parto y postparto. No sólo este derecho es relevante per se, sino que, en el caso de mi entrevistada, fue importante para hacer cumplir su exigencia y que la partera abandone la sala de partos. En línea con esto, presento otro ejemplo de resistencia:

“[Mi experiencia de parto fue] muy buena, hay cosas que afinar, pero cuando vas con plan de parto y con los tapones de punta no les queda otra que aguantarse y aceptar... ah y llevar un guerrero protector (marido) en mi caso ayudó mucho, ya que yo no estaba para confrontaciones” (Marina Quejeiro, Relato N° 61 de parto y/o cesárea)

En este caso, Marina explicita cómo en su caso la presentación del plan de parto, su postura aguerrida y su guerrero protector, colaboraron en la generación de su experiencia favorable de parto. Al menos en este caso, parece ser que no se alude entonces a resistencia, sino a resisten(cias), distintas instancias proclives a transformarse en situaciones en las que ejercer presión para garantizar el cumplimiento de deseos, necesidades y/o derechos se convierte en el camino hacia el éxito.

En quinto lugar, Martín presenta a la *rebelión*. Podría decir que es la categoría más revolucionaria, convoca a la persuasión positiva y bien intencionada de otras

personas con el fin de generar un cambio, tal como ocurre cuando las mujeres se organizan. Tomo aquí el testimonio de una de mis entrevistadas para ilustrar:

Rebeca: “A raíz de todo eso, de todas las vivencias que una va pasando y que también te interpelan, yo empiezo a militar en un colectivo de parto respetado porque el sistema médico de [acá] es un desastre, los médicos hacen lo que quieren en el hospital. (...) El grupo estaba como medio dormido y a partir de la actividad que hicimos el 8M con la dirección de género y de violencia empezó como a resurgir, la semana del parto respetado hablamos de una capacitación online, yo recién parida me hice cargo de explicar la fisiología del parto y después participamos de la semana de la lactancia... ahora para el día de la violencia pusimos foco en la violencia obstétrica”

Aquí observo como, a partir de la experiencia personal e intransferible de la gestación, mi entrevistada se suma a la participación y coordinación de distintas actividades con el objetivo de *militar* el “parto respetado” en su ciudad. De este modo, no sólo logra transformar y politizar su experiencia individual, sino ser protagonista activa en espacios de visibilización y concientización de la problemática de la violencia obstétrica, articulando con referentes estratégicos de su localidad para impulsar cambios en la atención del hospital y en las prácticas de las mujeres.

Ahora bien, es interesante tener en cuenta que la categoría más recurrente en los relatos de parto o cesárea fue la *resistencia*.

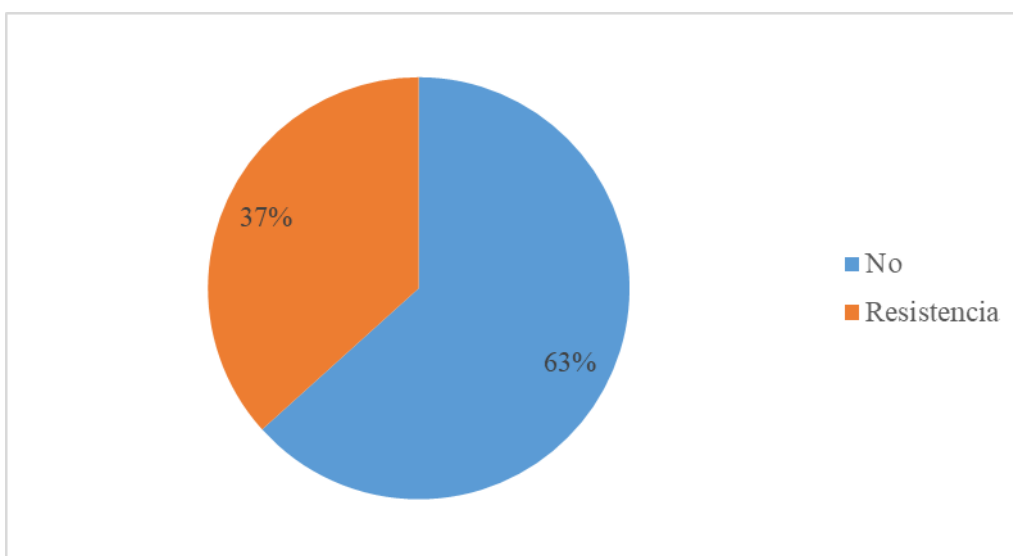


ILUSTRACIÓN 6: PRESENCIA DE RESISTENCIA SOBRE TOTAL DE NACIMIENTOS

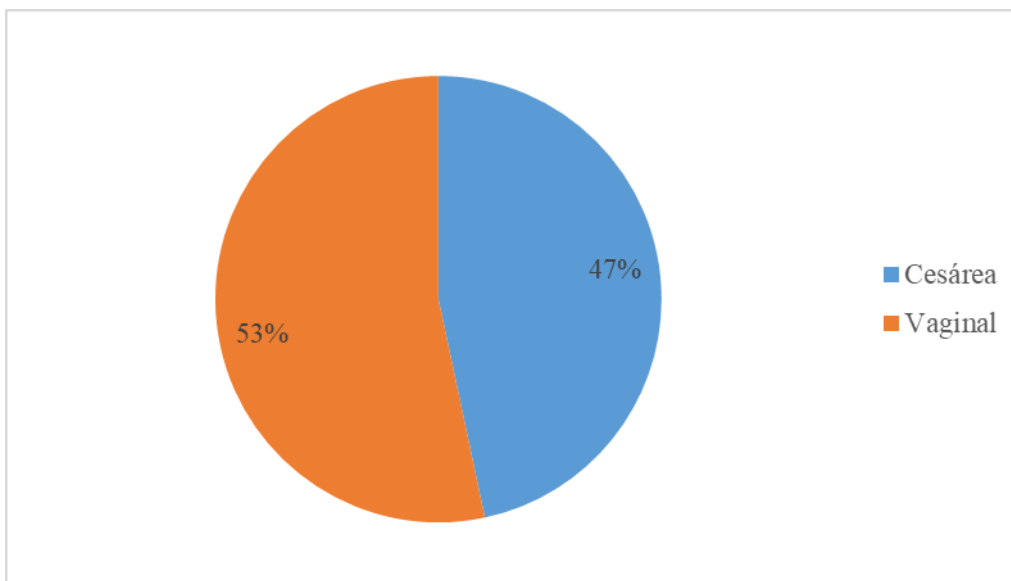


ILUSTRACIÓN 7: DISTRIBUCIÓN DE RESISTENCIA S/ PARTO O CESÁREA

Si recorro los distintos relatos de parto o cesárea, la resistencia se hace presente en el 37% de dicho material de campo. De este universo, me interesan hacer dos aclaraciones. En primer lugar, el 47% de los nacimientos atravesados por situaciones o experiencias de resistencia ocurre para el caso de las cesáreas, mientras que el 53% para el caso de los nacimientos vaginales. En segundo lugar, si segmentamos los casos por tipo de nacimiento, se observa que la presencia de resistencia en experiencias que terminan en nacimiento vaginal supera en un 6% a las experiencias de nacimiento por cesárea. Teniendo en cuenta estos datos, podría interpretarse que la presencia de resistencia, conduce a un número mayor de nacimientos vaginales.

Hasta acá, recorrí las distintas categorías de Martín para conciencia y resistencia en lo que a los relatos de parto o cesárea y entrevistas en profundidad respecta. No obstante, a continuación, me interesa aproximarme a otros dos recursos de “activismo online”. Por un lado, el cafecito de Nosotras Parimos y la petición de Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas en tanto herramientas virtuales de rebelión dado que ambas persuaden e invitan a la comunidad de mujeres a organizarse y generar un cambio de cara a las experiencias de otras mujeres mediante la visibilización de información y la exigencia de derechos a figuras del estado y la política.

VISIBILIZANDO LO INVISIBLE: EL RECURSO DE CAFECITO

Cafecito es una plataforma de financiamiento colectivo o crowdfunding que pone en contacto a creadores de contenidos, ONG's o proyectos con personas que desean aportar a sus causas. La única condición que solicita esta plataforma es que el material que se suba sea de autoría de la persona “dueña” del cafecito y no de terceros, tampoco que se difunda material vinculado a una actividad o contenido ilegal y/o prohibido. El dinero recaudado a través de cada donación, se deposita en una cuenta enlazada de Mercado Pago. La plataforma no tiene un costo de mantenimiento, aunque sí una retención del 5% en carácter de comisión por cada donación que se reciba. Esta iniciativa lleva el nombre cafecito dado que el espíritu es, justamente, regalarle el número que se desee de “cafecitos” a la persona. En los últimos tiempos, se ha convertido en un recurso muy utilizado por influencers, creadores de contenido, difusores de información, entre otros. Recientemente, Verónica Marcote creó su propio cafecito. En la ilustración 8 puede observarse la dinámica que se produce en esta plataforma. Mujeres definen “comprar” cafecitos y sumar mensajes o agradecimientos.



ILUSTRACIÓN 8: ALGUNOS DE LOS MENSAJES QUE PUEDEN OBSERVARSE AL INGRESAR AL CAFECITO DE NOSOTRAS PARIMOS.

El siguiente párrafo puede encontrarse en la descripción del cafecito de Nosotras Parimos su descripción:

“Divulgo información sobre parto respetado, fisiológico, derechos y acompañamiento de la gestación, parto, cesárea, puerperio y lactancia. Creé y administro desde 2012 un grupo de Facebook Para Saber con Quién Parimos donde reunimos relatos de partos, referencias de profesionales e Instituciones generando una base de datos con más de 8 mil testimonios. En este trabajo voluntario y cotidiano que sostengo justo a mi compañera Ayelén Díaz Fernández, sistematizamos una base de datos que aporta una valiosa información a todas las mujeres que buscan referencias desde la experiencia de otras mujeres. El sistema médico y paradigma actual asiste los nacimientos, en muchos casos con un alto intervencionismo y violencia obstétrica, sin respetar la Ley Nacional 25.929, una de las formas de no ser víctima es conociendo otros relatos previamente. Si te fue útil la página o la información podés hacer tu contribución para poder seguir sosteniendo y dando tiempo a esta tarea”.

Recuperando el aporte de la antropóloga y ecofeminista Yayo Herrero (2015), presento dos clases de dependencias materiales: ecodependencia e interdependencia. Dichas dependencias son el puntapié para identificar dos contradicciones. Por un lado, vivimos en un sistema económico que necesita reproducirse de forma ilimitada para mantenerse sobre la base de la extracción de recursos naturales no renovables y de recursos renovables, aunque con tasas de renovación y reproducción incapaces de responder a la aceleración que exige el sistema capitalista. Paradójicamente, esto se vincula con el concepto de progreso en tanto sinónimo de superación de todo aquello que se percibe como un límite. Herrero explica que somos seres ecodependientes; “somos naturaleza” (Herrero, 2015, p. 5). La falsa ilusión del progreso como ruptura constante y deseable de los límites, coloca a toda la biodiversidad en alerta y acelera su destrucción y deterioro. Por otro lado, el ser humano es un ser social. La vida de cualquier persona en soledad es insostenible, fundamentalmente en ciertos momentos del ciclo vital como la niñez o la vejez. Ahora bien, el cuidado de los cuerpos vulnerables es una tarea mayoritariamente realizada sólo por la mitad de la población: las mujeres. Al tiempo que este rol ha sido impuesto por la división sexual del trabajo capitalista, el trabajo de cuidado es despreciado e invisibilizado por el mundo del trabajo remunerado y la generación de derechos laborales y económicos. Lo insoslayable es que los seres humanos, somos seres interdependientes.

Habiendo recorrido brevemente los conceptos de ecoddependencia e interdependencia, cabe destacar que para el ecofeminismo “la crisis ecológica es también una crisis de las relaciones sociales” (Herrero, 2015, p. 6). Si bien considero que el concepto de ecoddependencia es clave a la luz de la problemática mundial del cambio climático, excede los límites de esta tesis. Asimismo, creo pertinente ahondar en la categoría de interdependencia y en lo que Herrero denomina crisis de las relaciones sociales o “crisis de los cuidados”. La autora define como trabajo de cuidados a “las tareas asociadas a la reproducción humana, la crianza, la resolución de las necesidades básicas, la promoción de la salud, el apoyo emocional, la facilitación de la participación social...” (2016: 50). Cuando se habla de trabajo no remunerado, habitualmente se hace alusión a la problemática entre el trabajo remunerado y la reproducción social que se lleva a cabo en el ámbito doméstico. No obstante, dentro de la “colección difusa” de la que habla Herrero, enmarco como trabajo de cuidado al activismo y la exposición que Verónica Marcote hace sobre “parto respetado” y violencia obstétrica en sus redes sociales. En definitiva, la autora habla sobre promoción de la salud y apoyo emocional en su definición, acciones que no sólo pueden llevar a cabo las mujeres hacia hijos, hijas, nietos, nietas, sino que pueden desempeñar también mujeres que cuidan real o simbólicamente de otras mujeres. Este tipo de trabajo, muchas veces también es trabajo invisibilizado. Verónica Marcote lo explica a través de una de sus storys destacadas de Instagram donde comparte el objetivo de su cafecito y hace uso de ciertas frases claves como “lo personal es político” para aludir al contexto de surgimiento de cafecito, y “es por amor, es por pasión y también para vivir de esto” para hablar de su propósito (ilustración 9 y 10)²⁹.

²⁹ Nosotras Parimos [@veronica.marcote] . (s.f.). *Querés aportar?* [Destacados]. Instagram. Recuperado en febrero de 2022, de <https://www.instagram.com/stories/highlights/17924191445112166/> y <https://www.instagram.com/stories/highlights/17924191445112166/>

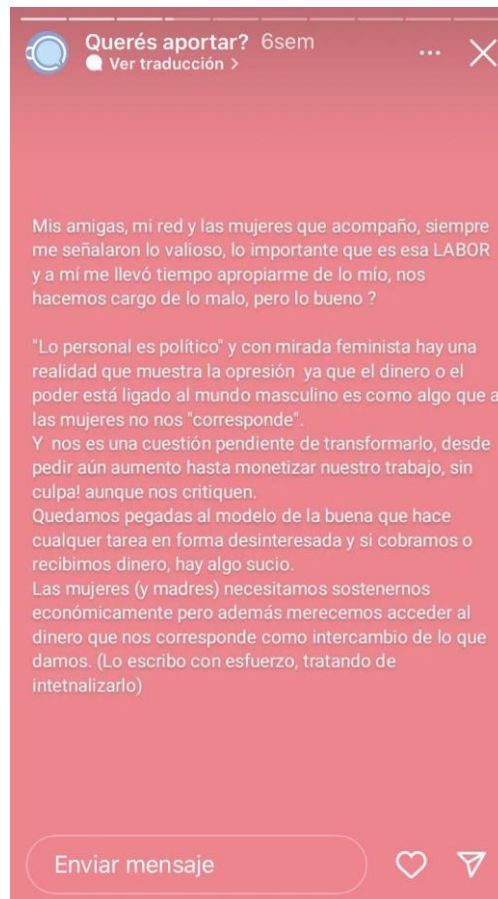


ILUSTRACIÓN 9: INFORMACIÓN DE UNA DE LAS STORYS DESTACADAS DE INSTAGRAM DE VERÓNICA MARCOTE DONDE EXPLICA EL CONTEXTO QUE DIO ORIGEN A CAFECITO



ILUSTRACIÓN 10: INFORMACIÓN DE UNA DE LAS STORIES DESTACADAS DE INSTAGRAM DE VERÓNICA MARCOTE DONDE EXPLICA EL POR QUÉ DE CAFECITO, ENFATIZANDO CON UN "ES POR AMOR, ES POR PASIÓN Y TAMBIÉN PARA VIVIR DE ESTO"

Así, a través de cafecito, Verónica propone recibir un aporte por su trabajo y el de las dos mujeres que la acompañan. Es de este modo como Tamara se refiere a su experiencia personal de gestación y su involucramiento en la colaboración junto a Marcote. Tamara me cuenta que tuvo una cesárea con su primer hijo. En aquel entonces, relata, su médico le transmitía confianza, pues éste le había dicho que “mejor que no estuviese informada, él le iba a ir diciendo todo lo que ella necesitaba saber”. Tiempo después, en pleno puerperio, las redes sociales se habían convertido en un recurso aliado para sostener pocas horas de sueño o entretenerse mientras sus brazos hacían de cama para su bebé. Así fue como, de cuenta en cuenta, Tamara llegó a la conclusión de que “la cesárea había sido innecesaria y que eso era lo que le había traído problemas a su lactancia”. Hacia la semana 20, detectan que a su bebé le faltaba una arteria en el cordón. No obstante, el ecografista les transmite tranquilidad dado que este dato de modo aislado,

no era un signo de alerta per sé. Su obstetra no estaba disponible, pero sí un colega de equipo a quien le confirman que la ecografía finalmente había salido bien. Minutos después, este colega les devuelve un nuevo llamado: había hablado con el obstetra de cabecera de Tamara, le habían solicitado turno con un especialista para embarazos de alto riesgo. Así, en un instante, Tamara pasó de la tranquilidad al estrés³⁰. Al tiempo que esto sucede, detectan que su bebé aparentemente también tenía algo en el cerebro, aunque el embarazo ya estaba muy avanzado como para confirmarlo. El miedo de Tamara de acrecentaba y los temores inclinaron la balanza: “me tira todo eso y aparte me hace un tacto, estás verde, viene muy cabezón, no lo vas a poder sacar y además tenés la presión un poco alta y aparte los veo ansiosos... entonces yo evitaría sustos”. Es en este contexto que Tamara “decide”, tener a su bebé por cesárea. Para ese entonces, Tamara aún no formaba parte del grupo de Facebook. Es justamente la accesibilidad de la información a todas las mujeres, aquello que la convoca a dedicarle tiempo, al menos en principio, ad honorem a la gestión y administración del grupo de Facebook PSCQP. Así lo enfatiza: “es como que siento que alguien que me dice ‘che, voy a buscar bebé’ o ya está embarazada y para mí YA tiene que estar en el grupo”.

CHANGE.ORG Y COVID-19: PETICIÓN POR EL “DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADAS PARA EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS”

Change.org³¹ nació en 2007, obtuvo financiación por parte de un grupo de inversores y se convirtió en una plataforma que pretende impulsar el cambio social. Tiene equipos trabajando en 18 países, al tiempo que está disponible en 12 idiomas diferentes. En su página oficial reza la frase “nos enorgullece tener la escalabilidad de una empresa de tecnología mundial y la misión de una organización sin fines de lucro”. Según el Informe de impacto 2019 de Change.org, la plataforma posee más de 329 millones de usuarios. Allí también se especifica que es una empresa de beneficio público (PBC) y una corporación B certificada (B Corp). Una PBC es una forma jurídica de

³⁰ Ver Jeréz. C. (2021) “Emociones “negativas” y reflexividad: “guiños feministas” sobre género y sexualidades en una investigación etnográfica sobre parto respetado en Buenos Aires”. *cadernos pagu* (63), 2021: e216312 ISSN 1809-4449

³¹ Change.Org. Informe de Impacto 2019 (2019) en <https://bit.ly/36goJvL>

EE.UU. que pueden tener las empresas enfocadas en una misión que, a diferencia de las empresas tradicionales cuyo único objetivo tiene que ver con la maximización de las ganancias a cualquier costo, tiene la obligación legal de considerar a todas las partes involucradas (incluso al medioambiente, la comunidad, los usuarios, etc). Las B Corp, por su parte, son empresas que atraviesan una evaluación de impacto y deben apuntar a la solución de problemas sociales y ambientales. Su estrategia se basa en empoderar a las personas hasta convertirlas en activistas, movilizarlas con la finalidad de que construyan red y destinen su tiempo y dinero a las causas y que logren involucrar a las personas de poder en lo que respecta a la toma de decisiones frente a una demanda pública. En otras palabras, su finalidad es dar curso a lo que Change.org denomina *peticiones* o campañas con un objetivo específico, su inicio es gratuito y puede ser impulsado tanto por individuos como por organizaciones. Las personas creadoras de las peticiones tienen el desafío de darle difusión a su reclamo o propuesta con el objetivo de obtener *firmantes* que se adhieran a la causa difundida y compartan la petición, maximizando así su visibilización y buscando llegar a los tomadores de decisiones para obtener soluciones de valor. A su vez, Change.org dispone dos formas de generar aportes, a través de donaciones mensuales o bien mediante aportes específicos destinados para las campañas que las personas firman y son de su interés.

Un punto interesante del informe explicita cómo hacia 2019 se inician diversas campañas que ponen en el centro a los derechos de las mujeres, lo que, en otros términos, podría denominar como campañas con perspectiva de género o, más específicamente, como campañas por luchas feministas. Entre las peticiones introducidas se destaca la de una científica española que pretende acabar con las desventajas de la baja por maternidad para el caso de las mujeres. Su accionar generó la adhesión de más de 300 mil personas a la petición, la pronunciación por parte del presidente de España, la aprobación de la Acción Estratégica en Salud 2019 para evitar que cuestiones vinculadas a la maternidad tengan impacto en la evaluación de los méritos de las científicas, la creación del Observatorio Mujeres, Ciencia e Innovación para la Igualdad de Género para prevenir el acoso sexual en el lugar de trabajo, entre otras medidas que colaborarían en la disminución de los tratos discriminatorios que empujan a las mujeres a abandonar sus carreras. Cabe destacar que Argentina posee más de 8 millones de usuarios registrados. A partir del inicio de la pandemia por COVID-19, muchos de los derechos de las mujeres y los recién nacidos, comenzaron a ser vulnerados. La definición por

parte del Estado argentino de avanzar con el aislamiento social preventivo y obligatorio inició el 20 de marzo de 2020 a través de un decreto nacional³². Indefectiblemente, la atención sanitaria se vio afectada de un modo directo: muchos lugares sólo atendían a puertas cerradas, otros disminuyeron notablemente la disponibilidad de turnos para hacer frente a los protocolos, hubo momentos donde las unidades de terapia intensiva estaban prácticamente a tope y los profesionales de la salud con niveles de agotamiento por las nubes. Con un sistema sanitario al borde del colapso y niveles de incertidumbre sin precedentes, de ningún modo la atención en torno a embarazos y partos podía encontrarse exenta de las implicancias por la pandemia.

Es en este contexto que hacia 2021 Verónica Marcote creó una petición en Change.org denominada Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas. Esta petición está dirigida a la Ministra de Salud, Carla Vizzotti, y a la Ministra de Género Elizabeth Gómez Alcorta y posee casi 5000 firmas³³. En el cuerpo de la petición figura la siguiente descripción:

“A pesar de las recomendaciones del Ministerio de Salud no hay cumplimiento del derecho a un/a acompañante para embarazadas y puérperas en el proceso de gestación y post parto (en consultorios y ecografías) por parte de las Instituciones. Solicitamos que se cumpla este derecho de las personas gestantes, padres y familias en todo el país”.

³² Decreto 494/2021. Medidas Generales de Prevención. Boletín Oficial 06/08/2021

³³ Número de firmas acumuladas al 18 de febrero de 2022

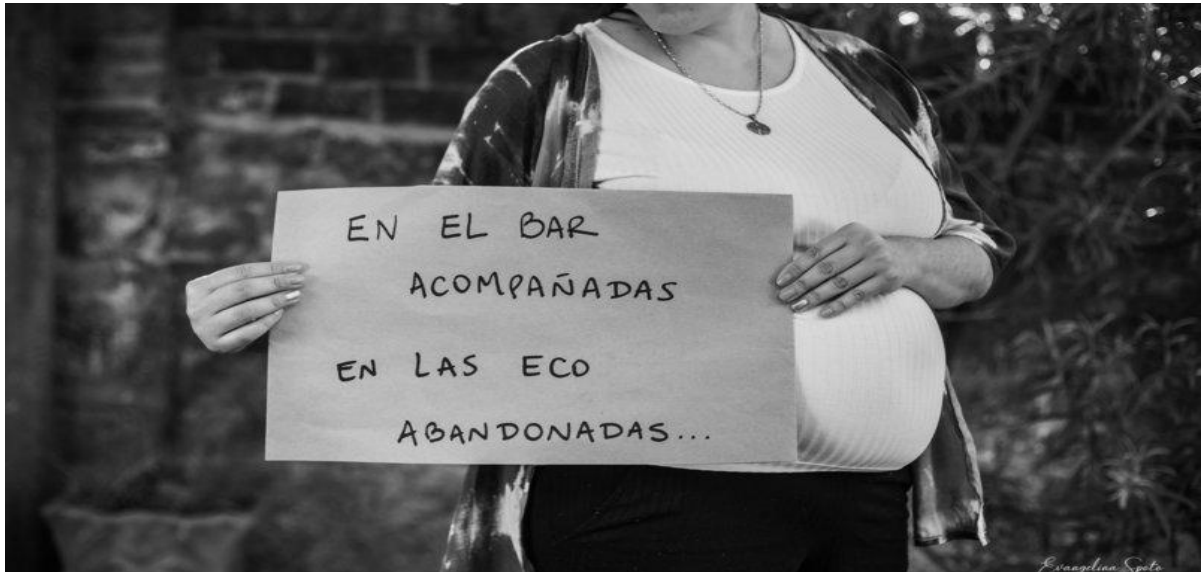


ILUSTRACIÓN 11: ESTA IMAGEN PUEDE VERSE EN LA PETICIÓN DE CHANGE.ORG INICIADA POR VERÓNICA MARCOTE

Ante la situación y los reclamos, entidades del estado se pronunciaron a través de protocolos, medidas o indicaciones sugeridas para gestionar la atención de las mujeres gestantes y los recién nacidos en contexto de pandemia. Poco después del inicio de la cuarentena, se presentan las primeras *Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contextos de pandemia*³⁴ lanzadas por el Ministerio de Salud de la Nación el 15 de abril del 2020 y actualizadas por nuevas Recomendaciones el 20 de Julio de 2020, como así y por las *Pautas para el cuidado de la Salud Perinatal y la Niñez en contexto de Pandemia*³⁵ el 18 de mayo de 2020. A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación publicó un documento titulado *Medidas generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o puérpera en el contexto de la pandemia COVID 19*³⁶. En el documento se convoca a las instituciones a preservar las prácticas que garantizan los derechos de las personas involucradas en torno al hito del nacimiento. En este sentido, destaca que es deber de las instituciones

³⁴ Ministerio de Salud de la Nación (2020) Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contextos de pandemia en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-de-embarazadas-y-recien-nacidos-con-relacion-covid-19>

³⁵ Ministerio de Salud de la Nación (2020) Pautas para el cuidado de la Salud Perinatal y la Niñez en contexto de Pandemia en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/pautas-para-el-cuidado-de-la-salud-perinatal-y-de-la-ninez-en-contexto-de-pandemia>

³⁶ Ministerio de Salud de la Nación (2020) Medidas generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o puérpera en el contexto de la pandemia COVID 19 en http://www.sogba.org.ar/images/Medidas_generales_de_acompanamiento_de_la_persona_gestante_o_puerpera_COVID-19.pdf

de salud establecer una *política institucional* que garantice el “derecho de la embarazada y/o puérpera a estar acompañada durante el proceso de atención, tal como lo rige la Ley N° 25.929”. Este derecho fue vulnerado en múltiples experiencias, así lo visibiliza Analía Barón y María Arenas:

“Fue una gran sorpresa... una grata sorpresa, llena de miedos y de dudas, fui a hacerme una eco[grafía] para confirmar que estuviera todo bien, y ahí estaba ese corazoncito latiendo adentro mío, el momento más mágico de mi vida, viviéndolo sola porque no dejaron pasar a mi pareja” (Analía Barón, Relato N° 50 de parto o cesárea)

“Siendo nuestro primer hijo fue triste entrar sola en la primer ecografía, ya en ese momento estaba de 10 sdg [semanas de gestación] aproximadamente, con los temores de los primeros meses, de no saber si todo va a marchar bien y que encima me lo hayan hecho escuchar dos segundos y siendo que la orden era de una eco tv, me la hicieron por abdomen (claramente buscaban despachar rápido a la gente del centro médico) y no duró ni 5 minutos” (María Arenas, Relato N° 53 de parto o cesárea)

Tanto Analía como María, explicitan haber ingresado solas a su primera ecografía y se lamentan por este hecho. Es cierto que en el documento del Ministerio de Salud también se menciona el acompañamiento de una persona en tanto y en cuanto sea viable garantizar el espacio mínimo sugerido entre las personas en la sala de espera, pero no hace mención alguna acerca del espacio dentro del consultorio, es decir, dentro del lugar donde se realiza literalmente la ecografía. Me resulta útil traer aquí mi experiencia personal. Desde octubre de 2020 a junio de 2021, realicé muchos de mis controles y estudios en una clínica privada ubicada por la zona de Palermo. En distintos momentos de la pandemia, a mi compañero se le negó la posibilidad de subir al piso de obstetricia, justamente para garantizar este espacio mínimo en la sala de espera. No obstante, al ingresar en el consultorio para tener el control mensual con mi obstetra, éste se encargaba de llamar a planta baja y autorizar el ingreso de mi compañero a la consulta obstétrica. Al mismo tiempo y en el mismo lugar, también tuvimos una experiencia desfavorable hacia la mitad del embarazo. Acudimos a la clínica con motivo de realizarme una ecografía, en esa oportunidad debían medirle todos los órganos a Rami y corroborar que el flujo de sangre hacia mis arterias y venas y las del bebé, sea el

apropiado. Era una ecografía más relevante que la ecografía de rutina. Antes de solicitar el turno en la clínica, nos aseguramos por teléfono que mi compañero pudiera pasar conmigo al consultorio. Incluso, fue una de esas franjas temporales donde ni siquiera lo hacían esperar en la planta baja, sino que subió directamente conmigo hacia el piso de obstetricia. Pasó una pareja o, mejor dicho, intentó pasar una pareja a realizarle el mismo estudio para el que teníamos turno y vimos cómo la ecógrafa le negó al padre la posibilidad de ingresar. Inmediatamente fui a recepción para comunicar lo que había visto, me indicaron que el protocolo de la clínica permitía el ingreso del acompañante al consultorio, pero que “la doctora sólo dejaba pasar a la persona embarazada por decisión propia”. Me aguanté el llanto e ingresé, efectivamente, sola.

No obstante, el mismo contexto de pandemia también generó situaciones que algunas mujeres perciben como favorables. Las características situaciones de mujeres recién paridas intentando descansar en habitaciones repletas de familiares o el ritual del recién nacido que pasa de brazo en brazo, dejaron de hacerse presentes en las instituciones: las visitas estuvieron terminantemente prohibidas. Parece no ser suficiente que la maximización del control, obliga a que las habitaciones se conviertan en pasarelas en las que constantemente ingresan referentes de distintas especialidades que pertenecen a la institución de salud: neonatología, obstetricia, limpieza, enfermería, administración, puericultura, estudios, etc, en medio de ese ingreso y egreso de personas constante, se suma la llegada de las *visitas*. Así celebra Melina la ausencia de las visitas:

“De la clínica no tengo quejas, todos fueron súper amables, lo único para ‘criticar’ es la cantidad de gente que entra a la habitación (enfermeras, personal de limpieza, etc etc), bienvenida pandemia para no recibir visitas si no hubiese sido un caos” (Melina Ulloa, Relato N° 19 de parto o cesárea)

La pandemia propició nuevas acciones de rutina tal como el uso de barbijos de manera permanente tanto para los profesionales de la salud como para las familias e instaló adecuaciones de los protocolos definidos por el Ministerio. No obstante, otras prácticas se hicieron rutinarias. Al escuchar la voz de las mujeres, se repiten algunos escenarios o situaciones, tales como enfrentarse a la realización de consultas o estudios sin acompañantes, tal como ya hemos visto, tener que exigir o discutir para hacer valer un derecho, hisoparse en la institución previo o post parto o cesárea, entre otras. Algunas mujeres incluso decidieron buscar nuevas instituciones donde atenderse o hacerse

estudios, algunas dentro de su cobertura médica y otras con un pago adicional. De este modo lo cuenta una Marina Quejeiro:

“[En pandemia opté por] hacer dos veces una eco[grafía] ya que en el lugar que la obstetra quería que me la haga podía entrar sola. Cómo tengo prepaga me hacía dos ecos. Una en el lugar que me indicaba la obstetra y otra donde pudiera entrar mi compañero” (Marina Quejeiro, Relato N° 61 de parto o cesárea).

Los canales de denuncia continuaron abiertos durante la pandemia. El principal es CONSAVIG, también es factible denunciar en la Defensoría del Pueblo, tal como lo menciona Verónica en una de sus storys de Instagram. En la ilustración 12³⁷ puede observarse cómo en la story, hace uso del recurso de la encuesta para convocar a las personas que la siguen a aportar su experiencia. En dicha encuesta ella indaga acerca de experiencias de reclamo en las dos entidades previamente mencionadas. Mientras el 75% de las respuestas fueron para “me sumó”, el 25% restante se las lleva el “lo hice y no me ayudaron”.

³⁷ Nosotras Parimos [@veronica.marcote] . (s.f.). *Derechos* [Destacados]. Instagram. Recuperado en febrero de 2022, de <https://www.instagram.com/stories/highlights/17886198178920313/?hl=es-la>



ILUSTRACIÓN 12: INFORMACIÓN DE UNA DE LAS STORIES DESTACADAS DE INSTAGRAM DE VERÓNICA MARCOTE DONDE COMPARTE ANTE QUÉ ENTIDADES DENUNCIAR LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN MARCO PANDEMIA

Algunos trabajos muestran cómo la situación por la pandemia de COVID-19 han agudizado el ejercicio de la violencia obstétrica en tanto problemática de género preexistente la emergencia sanitaria, profundizando el control que suscitan las prácticas médico hegemónicas sobre los cuerpos de las mujeres (Lázzaro, Ana Inés y Arnao-Bergero, Magdalena, 2021; María Laura Giallorenzi¹, 2020). Esto es, justamente, lo que he intentado visibilizar a través del uso de la petición de Change.org como recurso, las voces de las mujeres a través de los relatos y mi propia experiencia personal. Independientemente de algunos aspectos positivos que quise evidenciar, la pandemia generó un retroceso en términos de conquista de derechos frente a la atención obstétrica.

CAPÍTULO 4 - REFLEXIONES FINALES

No cabe duda que esta tesis debe ser entendida en tanto trabajo preliminar. Son diversos los interrogantes que quedaron por fuera de esta investigación y que podrían profundizarse en nuevas líneas de indagación. Entre ellos puedo incluir el tema de la resignificación que pueden tener los relatos de parto o cesárea a través del tiempo. Aunque ya Davis-Floyd recupera la noción de ritos de paso, me resulta interesante traer el concepto de *liminalidad cíclica* planteado por Bárbara Martínez (2014), el cual alude a la reactualización de un hecho con cierta periodicidad. Dicho ejercicio ocurre con la situación liminal del proceso de nacimiento que se produce tanto en instancias conmemorativas (fechas de cumpleaños de los bebés o aniversario de maternidad), como en las instancias de producción del relato de parto o cesárea per sé, es decir, cuando esto ocurre meses o incluso años posteriores al nacimiento. Es interesante considerar que Martínez pone en juego este concepto en el contexto de sus estudios sobre muertes en El Cajón, un escenario diametralmente opuesto al aquí considerado: mientras ella habla sobre muerte, aquí aludo al nacimiento en tanto vida; como oposición a la defunción. Por su parte, queda pendiente abordar experiencias de gestación y nacimiento contemplando la diversidad de orientaciones sexuales, identidades de género y situaciones vinculares. Como explicité inicialmente, me limité a considerar vínculos heterosexuales e identidades de género mujer-varón que, aparentemente, se corresponden con el sexo biológico hembra-macho. A su vez, del total de relatos de parto o cesárea, sólo hay uno que involucra a un tratamiento de fertilidad con motivo del “proyecto de ser madre soltera por elección”.

La violencia obstétrica refiere a una violencia que forma parte de un continuum de otros tipos y modalidades de violencias de género. Independientemente de sus desenlaces finales, las expectativas de muchas de las mujeres involucradas en la presente investigación, estaban vinculadas con tener un *parto respetado*, un nacimiento con pocas o nulas intervenciones o bien un nacimiento ausente de intervencionismo. Busqué visibilizar que estas intenciones se encuentran enmarcadas o, más bien, son impulsadas por las luchas que a lo largo de la historia libraron los movimientos feministas. Introduje brevemente cómo las problemáticas y disputas de los feminismos conversaban con el robustecimiento de la Antropología del Nacimiento o la Reproducción. Es como

consecuencia de este extenso contexto violencias y reivindicaciones que se elabora y reglamenta la Ley n° 25.929 de Parto Humanizado. Ahora bien, así como las formulaciones teóricas son consecuencia de las experiencias cotidianas que suceden en las calles, considero que lo mismo ocurre con la construcción de las leyes. En este sentido, primero ocurren situaciones de tensión y vulneración que luego se traducen en la explicitación y el reconocimiento normativo de derechos. No obstante, la accesibilidad a la experiencia de Parto Humanizado depende de las condiciones materiales de existencia. Sin lugar a dudas, aquí diviso una cuestión de *clase*. Mientras algunas mujeres cuentan con la posibilidad de tener activa una cobertura privada o prepaga e incluso están en condiciones de pagar por la “personalización”³⁸ de su atención, otras sólo cuentan con la posibilidad de recurrir a servicios de salud pública circunscritos a su lugar de residencia. A su vez, la mercantilización de la salud hace que, al igual que otras empresas, las instituciones privadas intenten mostrar coberturas y servicios de excelencia, ambicionando generar buenos resultados en sus encuestas de “Net Promoter Score”³⁹. Sin embargo, no basta con la intencionalidad, la supuesta excelencia debe ser percibida por sus “*pacientes*” o clientes. Frente a la demanda por la implementación de la Ley n° 25.929, muchas instituciones han creado procesos o “intentos de” en lo que a la gestión de la ley respecta en términos de cómo ésta se traduce en las prácticas reales y concretas que se llevan adelante puertas adentro de la clínica. Desde mi punto de vista, esto a menudo puede interpretarse más como una estrategia de “experiencia del cliente” o marketing, que como un acto genuino. En mi caso personal, me encontré con que el equipo de neonatología de la institución en la que nació Rami coordinaba charlas individuales sobre los primeros cuidados del recién nacido con la aparente intención de explicar y resolver inquietudes sobre dichos cuidados, aunque de fondo como recurso para mitigar la presentación del plan de parto en la clínica.

En esta tesis en particular me pregunté por aquello que impulsa a las mujeres por encontrar dispositivos de acompañamiento adicionales o diferentes a aquellos que ofrece

³⁸ Pago adicional informal que se realiza al equipo de profesionales de salud que acompañan el parto o cesárea, el concepto aparece como emergente entre los relatos analizados de parto o cesárea.

³⁹ El Net Promoter Score es un indicador que se utiliza en los programas de experiencia del cliente. Sirve para determinar la lealtad de los clientes a una empresa. Se mide a través de una encuesta que tiene una única pregunta y se informa con un número que va de -100 a +100. El objetivo, naturalmente, es obtener una puntuación más alta. El NPS® se suele considerar la regla de oro de la experiencia del cliente.

el sistema de salud. Centrándome particularmente en el primer nacimiento de un grupo de mujeres que integran el grupo de Facebook PSCQP, profundizando en especial en las mujeres independientes que organicé en dos subtipos llamados RIN o Relatoras Individuales de Nacimientos y ICG o Integrantes de Círculos de Gestación, con quienes recuperé relatos de parto o cesárea y realicé entrevistas individuales en profundidad respectivamente.

Con el objetivo de ahondar en dicha dirección, partí de un enfoque antropológico que comprendía a la atención de la salud desde un modelo tecnocrático para las experiencias de embarazo, parto o cesárea, nacimiento y puerperio. El desafío fue identificar qué lecciones podrían extraerse del grupo de mujeres en cuestión. Uno de los denominadores comunes entre ellas ha sido la búsqueda de información para tomar decisiones y el apoyo en la red de sostén o tribu, necesidades que a menudo no logran ser satisfechas por el sistema hegemónico de salud o bien sólo de modo parcial o insuficiente. Considero que PSCQP ha sido en sí mismo el dispositivo que no sólo es complementario o alternativo al sistema de salud, sino que lo cuestiona y lo pone en tensión de modo secreto dado que esta es la tipología bajo la cual está registrado el grupo, aunque al mismo tiempo público puesto que es un recurso cuya dinámica y modo de ingreso está disponible para toda mujer que desee o necesite ingresar a esta comunidad imaginada, virtual y, al mismo tiempo, real y concreta.

A partir de mis intenciones de dar cuenta de esto busqué articular y poner en diálogo diversos instrumentos, recorriendo así leyes, “guía” o “formulario” de parto o cesárea, change.org de Derecho a estar acompañadas para embarazadas y puérperas, cafecito.org de Nosotras Parimos, redes sociales y entrevistas en profundidad. Poniendo el foco en cuestiones metodológicas, considero que el hecho de formar parte de esta comunidad por mi calidad de mamá reciente, funcionó como facilitador. Si bien entiendo que esta investigación podría verse a futuro enriquecida a través de la incorporación de instancias cara a cara desde la corporalidad y el encuentro presencial, el recorrido realizado gracias a la tecnología y el mundo de internet es, sin lugar a dudas, una porción que pretende expresar parte de la realidad diversa y concreta de nuestra sociedad.

Habiendo realizado un sintético recorrido respecto al cuerpo de las mujeres como territorio de conquista, la hospitalización del nacimiento en nuestro país y la perspectiva médico-hegemónica internacional en términos teóricos, y local en términos teórico-

prácticos, entiendo que las diferencias que encuentro en las trayectorias individuales de las madres y mujeres primerizas están vinculadas con la percepción de la experiencia del nacimiento, como explicité pude identificar experiencias favorables, intermedias y desfavorables, y las características de su nacimiento factibles de englobarse en cesáreas (programadas, de urgencia, por inducción fallida, etc) o partos (más o menos intervenidos). En lo que respecta a las similitudes, la mayoría de los nacimientos se produjeron en instituciones privadas y, si bien se consideran los nacimientos de todo Buenos Aires, lo cierto es que el mayor porcentaje está localizado en Capital Federal. Además, resulta coincidente el hecho de que las mujeres hayan conocido a más de un profesional obstetra, llegando a dar con dos, tres, cuatro y, excepcionalmente, hasta ocho obstetras, sumergiéndose así en lo que algunas personas han denominado *casting*⁴⁰. A su vez, para quienes transitaron trabajo de parto, el deseo de experimentarlo mayormente en el hogar, también se observa como un denominador común.

A lo largo de este trabajo, busqué dar cuenta de cuán expuestos están los cuerpos de las mujeres durante la gestación y el nacimiento, y cómo la violencia obstétrica potencial o real, motoriza a las mujeres a consumir información e involucrarse con la experiencia subjetiva y colectiva del embarazo, en el afán por garantizar nacimientos respetados tanto para sí mismas como para las demás. En este sentido, no sólo considero que el plan de parto es un instrumento de resistencia como introduce al inicio de la presente tesis, sino que catalogo al grupo de Facebook PSCQP en tanto ejemplo de rebelión y, por esta razón, como la forma en que se hace explícita la conciencia y resistencia de las mujeres que atraviesan el pasaje ritual hacia el universo de la maternidad. En sintonía con lo anteriormente expuesto, considero que la similitud que, por excelencia, predomina en las trayectorias individuales de estas mujeres es la necesidad de hacer tribu a través del grupo (ya sea de forma deliberada o espontánea), lo que las conduce hacia el activismo online, ya no sólo entendido como el ejercicio de completar la “guía” o “formulario”, sino como el accionar necesario para generar un cambio: las mujeres, organizadas, hacen circular sus experiencias, enriquecen las de las demás, hacen sugerencias, se sostienen, se acompañan, en calidad de perfectas desconocidas que comparten – en tiempo real o no – el hecho de gestar y crear vida. Sin lugar a dudas, cabe expandir el lema “mi cuerpo, mi decisión”. Creo que es pertinente

⁴⁰ Se denomina casting al proceso de selección de actores, modelos o bien profesionales obstetras para el presente caso.

no sólo en lo que a la interrupción voluntaria del embarazo respecta, sino también en lo que refiere a los procesos del gestar y nacer.

Mi hipótesis original giraba en torno a la fuerza de los movimientos feministas y las leyes en defensa de los cuerpos como territorios intervenidos desde el enfoque médico-hegemónico, lo que tenía impacto directo en las mujeres, sus trayectorias individuales, la búsqueda por encontrar dispositivos de acompañamiento complementarios y/o alternativos a los servicios que ofrece el sistema de salud y la necesidad de recuperar el control sobre su propio cuerpo. A partir de las lecturas, las entrevistas en profundidad y los relatos, esta hipótesis se fue reformulando. En un contexto de pandemia, esto no hubiese sido posible sin internet como catalizador, como herramienta colaborativa y de autogestión. Lo cierto es que, de los 61 relatos de parto y las 5 entrevistas en profundidad, sólo en 1 se hizo alusión explícita a los movimientos feministas y en muy pocos casos se refirieron a alguna de las leyes introducidas. En este sentido, y en retrospectiva, no considero que haya una búsqueda explícita de dispositivos por parte de las mujeres, sino más bien una necesidad mucho más simple: buscar información sobre aquellos profesionales de la salud con los que se atienden, indagar y entender, en principio, cuánto se acercan o se separan sus propias experiencias de gestación con las de otras mujeres. Ahora bien, sí considero que una vez efectuado el rito de paso, efectivamente se produce una transformación, emerge una sororidad desde la cual se pretende orientar y acompañar a otras mujeres, por un lado, y un marcado sentido de pertenencia y agradecimiento, por el otro. Así es como esto se evidencia la sororidad y la gratitud en las voces de las mujeres:

“Desearía que [toda mujer] se informe y se nutra de información para ir con las herramientas necesarias para tener un parto y una internación en la que se respeten sus deseos y por sobre todo se respeten los tiempos que conllevan dicho nacimiento. Somos protagonistas de un hecho que nos marca la vida y el alma y eso debe respetarse como tal, sin invadir ni opacar, ni tampoco apurar por cuestiones ajenas a nosotras y propias de los profesionales que nos asisten” (Marina Quejeiro, Relato N° 61 de parto o cesárea).

“Ingrese al grupo y me puse a leerlas, todas las noches antes de dormir leía un relato, empecé a buscar info de [mi obstetra]. Me hice la idea gracias a todas ustedes, de que quería un parto con la menor intervención posible, con un médico

que respetara los tiempos, a mi y a mi bebe” (Melina Ulloa, Relato N° 19 de parto o cesárea).

“También quiero destacar lo fundamental que fue para mi encontrar este grupo [de PSCQP], fue el gran pilar para lograr el cambio que necesitaba, un antes y un después en mi gestación (que se volvió mía), no tengo más q palabras de agradecimiento (Mónica Carla Mora, Relato N° 7 de parto o cesárea).

Para finalizar, creo relevante destacar que ahora las mujeres empiezan a jugar de “igual a igual”, se rompe o, al menos quiebra, la posición del médico como figura de poder absoluto y dueña del conocimiento. Si bien es cierto que existe una cuestión de clase y de condiciones materiales de existencia de por medio que cabe problematizar en futuras investigaciones, también es cierto que ahora las mujeres pretenden elegir a sus profesionales de salud como quien elige un nuevo integrante para su equipo de trabajo, pero no sin haber considerado las referencias de las anteriores personas que trabajaron con ese potencial integrante. Así, los dispositivos de acompañamiento que recorrí en esta tesis (PSCQP, círculos de mujeres, espacios de militancia, etc.) se convierten en ejemplos de tribu, de mujeres asistiendo a mujeres. No es partiendo de las leyes y el feminismo o de lo social que se problematiza lo individual, es a partir de la experiencia personal que se abre el mundo de lo colectivo; no al revés. Es desde el hito trascendental del gestar y parir que se profundiza un empoderamiento individual que se expande hacia las demás. Así, tal como me mencionó una de las mujeres, y a pesar de que gran parte de la sociedad etiqueta a las embarazadas o puérperas de extremadamente emocionales, desequilibradas o vulnerables, “no estamos locas, estamos más vivas que nunca”.

ANEXOS

ANEXO 1: “GUÍA” O “FORMULARIO”

Tu nombre:

Lugar donde planeaste parir y/o lugar donde se produjo el parto:

Profesional/es:

F.P.P (Fecha probable de parto) y día de parto o cesárea: FPP:

1) En las siguientes preguntas, podés elegir responder con SÍ o NO, o contar lo que desees:

- a) ¿Estuviste acompañada por una persona de tu elección durante tu internación, el TP y parto?
- b) ¿Te consultaron sobre las intervenciones que te fueron realizando, informandote el porqué de las mismas, sus riesgos y te dieron alternativas?
- c) En caso de NO haber aceptado alguna de las intervenciones propuestas ¿Cuál fue la reacción del equipo?

EN CASO DE QUE EL EMBARAZO SE HAYA INTERRUMPIDO

¿Te explicaron lo que sucedía, te dieron opciones (manejo expectante de aborto espontáneo, uso de pastillas en domicilio o institución, raspaje quirúrgico o legrado) ¿Te sentiste contenida por el/los profesionales?

2) Sobre los procedimientos que te realizaron, podés responder SÍ o NO y dar precisiones si lo considerás necesario:

- Rasurado de genitales.
- Enema.
- Rotura artificial de bolsa.
- Colocación de vía intravenosa.
- Colocación de oxitocina sintética en el suero.
- Tactos vaginales.
- Ingestión de líquidos y/o alimentos.

- Elección de la posición durante el TP y/o expulsivo
- Maniobra de Kristeller (presión sobre el útero)
- Episiotomía

Cesárea (en este caso explicar el motivo de la cirugía)

3) Sobre el post- parto:

- a) ¿Se te permitió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de llevarla/o para control?
- b) Una vez que la/o llevaron a control cuánto tiempo demoraron en entregartela/o nuevamente?
- c) ¿Fuiste asesorada para comenzar a amamantar y durante los días de internación?
- d) ¿Te ofrecieron darle o le dieron mamadera con fórmula a tu hija/o?

4) En caso de que tu bebé haya estado internado en neonatología:

- a) ¿ Tuviste libre acceso a la internación sin restricción de horario?
- b) ¿Fuiste asesorada y acompañada en el modo de mantener la lactancia para cuando el bebé pueda hacerlo con leche materna?

5) Una última apreciación: ¿Cómo calificarías a tu experiencia de parto?

Podés definirla como MALA-REGULAR-BUENA-MUY BUENA-EXCELENTE, o relatarla del modo que desees

.....
.....
.....

ANEXO 2: PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Fecha:

Contexto:

Duración de entrevista:

Metodología:

Referencias

1. Script disparador de pregunta

2. Preguntas de evaluación y/o opinión. De no surgir espontáneamente, preferentemente dejarlas para el final de la conversación.

3. “Encomillado”: palabras textuales

Hola, bueno, antes que nada, gracias por participar de este espacio. La idea es que podamos conversar respecto a tu experiencia de embarazo y nacimiento. Por mi parte voy a ir trayendo algunos disparadores super abiertos a la conversaciones para que podamos ir charlando. Si bien en nuestro caso, yo conozco momentos y situaciones de tu recorrido, la idea es profundizar como si fuéramos dos personas que charlan por primera vez de estos temas.

1. Información sociodemográfica

Si te parece, arranquemos charlando un poco sobre vos ¿Quién es XXX además de mamá de XXX?

¿Cuál es tu nombre?

¿Cuál es tu edad?

¿Cuál es tu lugar de origen? ¿Y lugar de residencia?

¿A qué te dedicás?

¿Cuál es tu obra social y/o prepaga?

¿En qué semana de gestación nació tu bebé?

¿En qué fecha nació tu bebé? (para contrastar con los protocolos covid vigentes a ese momento.

¿Dónde nació tu bebé?

2. Miedos/Temores

¿Qué pasó a partir de la noticia de la llegada de tu bebe? ¿Qué alegrías, deseos, incertidumbres y/o miedos aparecieron?

¿Cuál era tu temor más grande?

¿Tuviste miedos o temores a partir de tu embarazo?

¿Cuál crees que es el origen de ese temor?

¿El círculo tuvo algún tipo de impacto o influencia en tus temores?

3. Tu Llegada a Nosotras Juntas

¿Cómo llegaste al Círculo de Vero?

¿Cómo conociste a Verónica Marcote?

¿Leíste el libro de Nosotras parimos - Guía para un parto respetado?

¿Formás parte del grupo de facebook de Para Saber Con Quién Parimos?

¿El grupo de Facebook te resultó de utilidad?

¿Cuáles eran tus principales inquietudes antes de unirme al Círculo?

¿En qué semana de gestación te uniste a Nosotras Juntas?

¿Qué te llevó a anotarte a Nosotras Juntas?

¿Qué expectativas tenías antes del primer encuentro?

4. Sistema de Salud: Equipo Médico e Institución

¿Cómo fue el tema de elegir el equipo médico e institución que acompañara el nacimiento de teu bebé?

¿Cómo fue que elegiste a tu equipo médico? ¿Cómo llegaste a dar con tu equipo médico o institución? ¿Espontáneamente o por recomendación?

¿Qué cuestiones tuviste en cuenta a la hora de elegir tu equipo médico?

¿Qué cuestiones tuviste en cuenta a la hora de elegir la institución donde tener a tu bebé?

¿Conociste a más de un equipo médico o institución?

Si volvieras a tener el deseo de ser madre ¿elegirías nuevamente a este equipo médico?

¿Y a esta institución?

¿Hiciste algún cambio en tu obra social o prepaga para obtener ciertos servicios?

¿Hiciste estudios por fuera de la cobertura de tu obra social o prepaga?

¿Cómo te sentiste a la hora de charlar sobre tus dudas o inquietudes con tu equipo médico?

¿Te pasó irte de la consulta con cuestiones que no te animaste a preguntar o que preguntaste y sentiste que faltó información?

¿Cómo resolviste las inquietudes no resueltas en tus consultas médicas?

¿Aparecieron dudas o inquietudes ajenas al sistema de salud?

Si tuvieras que mencionar a las personas claves con las que hiciste red durante tu embarazo, parto y puerperio ¿a quién mencionarías?

¿El Círculo te resolvió inquietudes que el sistema de salud no pudo resolverte? ¿Cuáles? Y también cómo “conviven” ambas instituciones. El equipo médico sabía que participaba en “Nosotras juntas”? ¿Fueron espacios complementarios o en tensión? ¿Por qué?

5. Marco Legal - Parto Humanizado

¿Conocés la postura de la institución o tu equipo médico sobre presentar un plan de parto?

¿Presentaste un plan de parto a tu equipo médico y/o institución?

¿La institución tenía definido un proceso para presentar el plan de parto?

¿Pudiste conversar abiertamente con tu equipo médico y/o institución sobre el plan de parto?

¿Considerás que alguno de tus derechos o los de tu bebé fueron vulnerados durante tu embarazo, parto y/o post parto?

6. Trabajo de parto, parto y primeras horas de recién nacido

¿Quieres contarme cómo fue la llegada de XXX a este lado de la piel?

¿Cuál era tu deseo respecto al momento del parto? (cesárea VS parto vaginal)

¿Tu deseo era transitar tu trabajo de parto en la institución o tu casa?

¿Cómo fue tu experiencia previo a la llegada a la clínica/hospital?

¿Hubo trabajo de parto?

¿Se desencadenó en forma espontánea o inducida?

¿Cómo transitaste tu trabajo de parto?

¿Qué intervenciones fueron ejecutadas por el equipo médico?

¿Se te informó de todas las intervenciones?

¿Cuáles eran tus deseos respecto al momento del trabajo de parto y parto?

¿Te realizaron intervenciones? ¿Cuáles?

¿Fuiste informada sobre las intervenciones? ¿Se buscó tu validación? ¿Cómo?

¿Cómo fue tu experiencia en la clínica/hospital antes del nacimiento?

¿Cómo fue tu experiencia en la clínica/hospital a partir del nacimiento?

¿Quién tuvo el rol protagónico en el nacimiento de tu bebé?

¿Cómo fuiste preparándote para el nacimiento de tu bebé?

¿Qué recursos tenías disponibles para transitar el dolor?

7. Contexto COVID-19

¿El contexto COVID te llevó a tomar decisiones que tal vez no hubieses tomado en otra situación? ¿Cuál creés que fueron los pros y contras de transitar tu embarazo y nacimiento en pandemia?

¿Se te negó la posibilidad de estar acompañada en alguna situación durante tu embarazo, parto o post-parto por contexto COVID-19?

Si se te negó estar acompañada en alguna ocasión ¿Qué argumentos te informaron para justificar tal definición?

Si se te negó estar acompañada en alguna ocasión ¿Cómo te sentiste al respecto?

¿Creés que tu experiencia de gestación, parto y puerperio fue diferente al estar en contexto Covid-19?

¿Creés que el contexto Covid-19 te incentivó a anotarte en Nosotras Juntas?

8 Evaluación y/o opinión - Rol del Círculo de mujeres durante y post gestación

¿Recomendarías la experiencia de formar parte de un Círculo de mujeres a otras embarazadas?

Si tuvieras que contarme qué significó el Círculo para vos ¿Qué me dirías?

¿Lograste sentirte de este mismo modo con otras personas o en otros espacios?

¿Cómo influyeron las voces de las participantes del Círculo en tu preparación para el parto?

¿Cómo creés que hubiese sido este proceso (gestación, parto, puerperio) sin la existencia del Círculo?

¿Hay algo que esperabas encontrar en el Círculo y no encontraste?

¿Cuáles fueron para vos los temas más significativos que se compartieron en el Círculo?

¿Todas tus expectativas se fueron cumpliendo? ¿Cuáles sí y cuáles no?

ANEXO 3: MODELO/EJEMPLO DE PLAN DE PARTO

Buenos Aires, FECHA DE ENTREGA

Al sector de Obstetricia y Neonatología de la NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN o bien al equipo de profesionales e institución que corresponda.

Ref: Plan de parto

Yo, NOMBRE DE PERSONA GESTANTE, DNI DE PERSONA GESTANTE, embarazada, con fecha probable de parto para el FECHA, habiéndome informado del desarrollo del proceso fisiológico del parto y el nacimiento y haciendo uso de los derechos que nos amparan a mí y a mi bebé expuestos en la Ley Nacional 17.132, Ley Nacional 25.929 y la Ley Nacional 26.529, tengo el agrado de dirigirme a ustedes a fin de exponer mis expectativas y necesidades en relación al proceso de trabajo de parto, parto/cesárea y posparto. Soy consciente de que al tratarse de un proceso que no puede determinarse de manera inflexible, es posible que decida en el momento hacer elecciones diferentes a las aquí contenidas. De igual forma sé que las condiciones entorno al bienestar de mi bebé y/o mío pueden variar haciendo necesaria la intervención médica en cuyo caso sé que cuento con su apoyo para informarme, orientarme y actuar bajo mi consentimiento. En

base a todo lo expuesto anteriormente, deseo que se cumplan los siguientes ítems en la atención de mi parto y el nacimiento de mi bebé, considerados por mí de absoluta relevancia para una atención adecuada:

Generalidades

- Estar permanentemente acompañada por mi compañero, NOMBRE DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE, DNI DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE. No deseo que se lo demore por cuestiones administrativas. En caso de que él no pueda asistir, designaré a otra persona de mi confianza.
- Deseo no responder en el momento de trabajo de parto o parto formularios médicos ni de ningún tipo debiendo postergar los mismos para luego del nacimiento o bien solicitarlos antes de la fecha probable de parto.
- Deseo que seamos consultados e informados de manera clara antes de realizar cualquier intervención sobre mí o mi bebé, a fin de que, mi compañero o yo, tengamos la oportunidad de validar cada intervención. En caso de que por algún motivo yo no me encuentre en condiciones de decidir sobre mí o mi bebé, deseo que sea mi compañero, NOMBRE DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE, quien tome las decisiones necesarias.
- Deseo que se respete mi integridad física y se favorezca la intimidad en todas las fases del trabajo de parto, parto y post parto, por lo que sólo deseo que ingresen los profesionales estrictamente necesarios para asistir el proceso del nacimiento de mi bebé.
- Deseo ser atendida y/o examinada únicamente por mi obstetra NOMBRE DEL PROFESIONAL OBSTETRA y la partera de su equipo que sea asignada el día de mi parto.
- Poder tener libertad de movimiento durante todo el proceso.
- Solicito que se respete el tiempo que necesite para parir y de mi bebé para nacer.
- Solicito el no uso de filmaciones o fotografías para uso de la institución o personal médico.
- Al dejar la clínica, deseo que se me entregue una copia de mi historia clínica y de la de mi bebé.

Trabajo de parto

- Contar con una habitación o espacio en el que pueda transcurrir el trabajo de parto en la intimidad que amerita el proceso en compañía constante de mi compañero.
- Promover un ambiente cálido y amable, acompañado por los recursos que sean necesarios para aliviar y/o transitar el dolor (música de mi agrado, acceso constante a ducha, masajes, pelota de esferodinamia, así como cualquier otro recurso para tal fin).
- Deseo que se me practiquen sólo los “tactos” mínimos y estrictamente necesarios de para control de dilatación.
- Que el monitoreo nos sea constante, sino intermitente para favorecer mi libertad de movimiento.
- Poder ingerir líquidos y/o alimentos.
- En caso de ser necesaria la colocación de una vía, solicito que la misma sea puesta en momentos previos a la etapa de parto y no al momento de mi recepción para el trabajo de parto.
- Que el uso de recursos para acelerar el trabajo de parto y parto sea sólo con mi consentimiento o el del compañero tras haber recibido la información necesaria respecto al procedimiento a llevar a cabo: desprendimiento de membrana, rotura artificial de membrana, dilatación manual, masaje de estiramiento del periné, uso de fármacos como la oxitocina sintética, etc.

Parto

- Deseo parir en la posición que sea de mi comodidad (parada, acostada, en cuclillas, etc), aceptando, al mismo tiempo, sugerencias por parte del equipo de salud respecto a las posiciones más asertivas.
- Deseo que no se me realice la maniobra de kristeller
- En caso de querer colocarme la peridural, solicito que su intensidad sea analgésica y que me permita continuar teniendo registro y control sobre mi cuerpo durante el proceso de nacimiento de mi bebé. A su vez, solicito que la aplicación sea en presencia de mi compañero.
- Que mi compañero o yo tengamos la posibilidad de recibirlo al momento del nacimiento.
- Deseo esperar que el alumbramiento de la placenta se desencadene de manera natural, respetando el proceso fisiológico del cuerpo.

- Deseo sostener a mi bebé durante la expulsión de la placenta, y los procedimientos del posparto. Si esto no fuese posible, deseo que lo sostenga mi compañero.
- Ante la eventual necesidad que mi bebé o yo necesitemos de algún tipo de práctica o fármaco, solicito ser informada de las razones, sus pros y contras, alternativas en caso de existir y que sólo se efectúe bajo mi consentimiento o el del compañero de mi bebé.
- En la salida del bebé permitir que el bebé salga espontánea y naturalmente, que realice sólo los movimientos de rotación sin ser forzado desde afuera por el personal de salud.
- No deseo que se me haga una episiotomía. En caso de ser necesaria, solicito ser previamente informada. En caso de desgarro, solicito que se me informe al respecto y al momento de la sutura, si esta fuese necesaria.

En cuanto a la atención en caso de que por razones médicas debieran realizarme una cesárea, solicito:

- Ser informados de los motivos y procedimientos a seguir.
- Deseamos que, al momento del nacimiento, la luz pueda ser corrida para que no impacte directamente sobre el bebé y su capacidad visual. Como silencio para escuchar mi voz en el momento del nacimiento.
- Que en ningún momento se me imposibilite mediante ningún mecanismo el movimiento autónomo.
- Que me expliquen lo que sucede a cada instante.
- Estar acompañada por mi compañero en todo momento
- Que todo lo que sea necesario colocar como vía y goteros sean colocados en un solo brazo, con el fin de poder sostener a mi bebé cuando nazca.
- Que se me garantice la posibilidad de comenzar con la lactancia inmediatamente al nacimiento.
- De no ser de urgencia, que la misma sea una vez comenzado y transcurrido al menos un momento considerable del trabajo de parto
- Deseo que no se me coloque anestesia/sedación total en ningún momento.
- Solicito que, en caso de desearlo, se baje el campo quirúrgico para poder ver el nacimiento de mi bebé y que se lo coloque inmediatamente en mi pecho.

Respecto de la llegada de nuestro bebé y los primeros cuidados solicitamos que:

- Que en el momento del nacimiento las luces sean bajas para que estas no impacten directamente sobre el bebé y su capacidad visual. También que se propicie un ambiente cálido y de respeto sin ruidos que pudieran causar molestia para contribuir en la construcción del vínculo con mi bebé.
- No deseo el pinzamiento ni el corte del cordón umbilical si este no ha cesado de latir (o al menos, 3 minutos post nacimiento).
- Deseo que se nos permita tener contacto “piel con piel” con mi bebé, tal como recomienda la OMS. Que se lo seque con telas suaves y esterilizadas y se nos cubra a ambos con una toalla seca o manta para que no pierda calor a fin de respetar la “hora sagrada” (1 hora), facilitando la lactancia y el contacto temprano.
- Deseo que no se le realice aspiración de la vía aérea si el inicio de la respiración es espontáneo, ni exploraciones esofágicas ni rectales mediante la introducción de sondas.
- Deseo que se posterguen todos los procedimientos de rutina siempre que el bebé esté respirando de manera independiente. Esto incluye que sea pesado y medido recién antes de salir de sala de partos para completar el Acta de Nacimiento que debe ir al Registro Civil.
- Deseo que toda maniobra se realice con mi bebé en contacto directo conmigo. En caso de que por fuerza mayor alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y yo no esté en condiciones para acompañarle, será acompañado por mi compañero.
- Deseo que mi bebé no sea apartado de nosotros en ningún momento. Los controles se podrán realizar con mi bebé encima de mi pecho.
- Deseo que se nos informe y explique de manera comprensible cualquier procedimiento que deban realizarle.
- Deseo que se respete su tiempo para iniciar la lactancia naturalmente.
- Deseo que, en caso de fuerza mayor de no poder acercar mi bebé a mi pecho, no quede en incubadora de transporte, ni en la mesa de recepción, aun si necesitase calor. Será mi compañero, en sus brazos, quien le dé calor, piel a piel, hasta tanto finalicen conmigo, sin que se lo obligue a salir del quirófano.
- No doy mi consentimiento para que bañen a mi bebé, excepto en caso concreto de sospecha de infección materna (HIV, corioamnionitis).

- Que se le den las vacunas necesarias, permitiéndome amamantarlo mientras se las colocan, lo más alejadas posible del momento del nacimiento (incluida la vitamina k). Es decir, entre las 4 a 8 horas de vida.
- Entendemos que el colirio es normativa del Ministerio para los bebés que nacen por parto vaginal para evitar la conjuntivitis neonatal que es muy grave, deseo que se le coloquen las gotas en los ojos de forma tardía
- No doy mi consentimiento para que se le administre a mi bebé soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes. En caso de que mi salud no me permita amamantarlo, deseo que sea alimentado por el papá con previa autorización nuestra. Es decir, solicitamos que, en caso de ser necesaria la indicación de complementar la alimentación del bebé, se realice con la responsabilidad de una indicación médica, por un motivo fundamentado y con una explicación previa hacia nosotros como papá y mamá.
- En caso de requerir cuidados de internación en neonatología, que se permita el contacto piel a piel del bebé conmigo -o mi compañero- las 24 h y que se arbitren los medios necesarios para favorecer la lactancia materna exclusiva.
- En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o patología, mi bebé estará las 24 h con alguno de nosotros dos. Deseamos que, si las circunstancias lo permiten, se priorice siempre la lactancia materna. En caso de que mi bebé no pueda alimentarse por vía oral o requiera más aportes de los que yo pueda proveerle, solicitamos ser informados antes de complementar su alimentación.
- Si por algún motivo mi bebé debiera necesitar tiempo en incubadora deseamos utilizar el método “mamá canguro” y no la incubadora. Por favor permitan que mi compañero acompañe al bebé y que realice él mismo todos los cuidados necesarios posibles. Entendemos que el método mamá canguro permite suministrar calor pero que también existen otras necesidades que no se pueden administrar por este método (oxígeno por ejemplo). Pedimos que la incubadora sea una alternativa sólo ante necesidades que el método “mamá canguro” no pueda resolver.
- Solicitamos que se le realice el examen de FEI a los 48 – 72 horas de nacido puesto que en Argentina es Ley

Durante mi estadía en la institución deseo que se respete nuestra intimidad y necesidad de descanso y es nuestra voluntad que el nacimiento de nuestro bebé se atienda de la forma descrita en el presente plan de parto/nacimiento.

Todos los puntos detallados son de vital importancia y deseo que guíen el trabajo de parto, parto o cesárea (en caso de corresponder) y bienvenida de mi bebé, en tanto y en cuanto todo transcurra sin ningún perjuicio y/o peligro para nuestra integridad física, psíquica y emocional. En caso de que existiera alguna complicación que nos comprometiera, confiaremos en las prácticas, medidas y resoluciones del equipo médico tras haber sido explicitadas e informadas a mí y/o a mi compañero. Deseamos que el nacimiento de nuestro bebé sea lo más saludable, fisiológico y natural posible, y estamos seguros de contar para ello con todo su apoyo y comprensión.

Sin otro particular, deseamos que LE SEA COMUNICADO TEXTUALMENTE AL PERSONAL DE LAS ÁREAS INVOLUCRADAS y agradeciéndole desde ya su disposición y atención lo saluda a Ud. muy Atte.

Firma (MADRE):

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma: (PADRE)

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Domicilio:

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Amorós, J. E. y Pizarro, O. (2007) GEM. Mujeres y actividad emprendedora Chile 2006-2007. Santiago: Ediciones Universidad del Desarrollo
- Anderson, B. (2000) Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen del nacionalismo. "Introducción": 17-30. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Briggs, C. (1986) Learning how to ask. Cambridge University Press. (Traducción de S. Otegui y V. Fernández Battaglia, revisión técnica de C. Curtis y L. Goluscio).
- Canal La Tinta (3 de diciembre de 2019). Humus - Capítulo 2. Lorena Cabnal: El cuerpo como territorio de defensa [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=gOkbzksSakQ>
- Castells, M. (1995). "La ciudad informacional" Alianza. Madrid.
- Castells, M. (2003). La dimensión cultural de internet. En: http://88.12.10.114/mochila/didactica/Castells_dimension_cultural_internet.pdf
- Cavana, M. L., Puleo, A. y Segura, C. (2004): Mujeres y ecología: Historia, pensamiento y sociedad. Al-Mudayna.
- Carson, R. (1962). La primavera silenciosa. Ed. Houghton Mifflin Harcourt. New York.
- Davis- Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. In Feminist theory in the study of folklore (pp. 297-326). University of Illinois Press.
- Davis- Floyd, R. (1994). The rituals of American hospital birth. In Conformity and conflict: readings in cultural anthropology (pp. 323-340). New York: Harper-Collins.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75, 5-23.
- Davis- Floyd, R. (2009). Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Buenos Aires: 1ra edición. Fundación Creavida.
- Ehrlich, P. (1968). La bomba demográfica. Ed. Ballantine Books. New York.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En I Congreso Interdisciplinario sobre Género

y Sociedad: debates y prácticas en torno a violencias de género, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

- Fornes, V. (2011). Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 133-154). Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Funtowicz, S. e Hidalgo, C. (2021) *Pandemia posnormal: las múltiples voces del conocimiento*, *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, número 154: 127-140.
- Giallorenzi, M. L. (2020). Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Vol. 24, Nro. 2 “Pandemia” (Julio-Diciembre, 2020). ISSN electrónico: 1852-7310
- Guber, R. (2013). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós Estudios de Comunicación 19. 4° Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Herrero, Y. (2015). Apuntes introductorios sobre ecofeminismo. Centro de Documentación Hegoa. Boletín de recursos de información n° 43, junio 2015.
- Herrero, Y. (2016). Una mirada para cambiar la película. *Ecología, ecofeminismo y sostenibilidad*. Edición digital: 1.0. Ediciones Dyskolo. Recuperado de: https://blogs.cervantes.es/atenas/files/2016/06/herrero_yayo_ecofeminismo_dy skolo.pdf
- Hidalgo, Cecilia (2006). Reflexividades. *Cuadernos de Antropología Social* Núm. 23 (2006): *Antropología del Presente: diálogos y ecos de la obra de Gérard Althabe*
- Jerez, C. M. (2015). “Partos Humanizados”, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. Tesis de grado. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Lázaro, A. I. y Arnao-Bergero, M. (2021). Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina. *Musas*, vol. 6, núm. 2 (2021): 29-46. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2021.vol6.num2.2

- Levy, N. E. (2014). El espíritu hacker: Ética, conocimiento y reconocimiento en foros de Internet. Tesis de grado. Universidad de Buenos Aires.
- Martin, E (1987). The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Boston, Massachusetts
- Martínez, B. (2014) La liminalidad revisitada: ciclos y sucesiones en El Cajón (Catamarca, Argentina) Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur, vol. XXIV, núm. 42, octubre, 2014, pp. 12-33 Centro de Estudios e Investigaciones Laborales Buenos Aires, Argentina
- Millett, K. (1970). Política sexual. México: Aguilar, 1975. Barcelona: Cátedra, 1995, 2010.
- Puleo, A. (2011). Ecofeminismo para otro mundo posible. Editorial Cátedra. Colección Feminismos. Madrid.
- Quiróz, L. (2016). Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (Siglos XIX y XX).
- Ramognini, M. E. (2019). La “salud sexual y reproductiva” como campo de dominación colonial. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Tornquist, C. (2001). Armadilhas da nova era: natureza e maternidad no ideário de hamizazao. En: Estudios feministas Vol 10 N. 2/2002.
- Turner, V. (1967) [1980], La Selva de los Símbolos. Aspectos del ritual Ndembu. Madrid. Siglo XXI de España Editores, Capítulo 4: ENTRE LO UNO Y LO OTRO: EL PERÍODO LIMINAR EN LOS “RITES DE PASSAGE.
- Valcarcel, A. (2000) "La memoria colectiva, fos retos del feminismo". En Varcarcel y Romero (Comp) Los desafíos del feminismo ante el siglo XXI. Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer.
- Van Gennep, Arnold (1960) [1909]. The rites of passage. Chicago: University of Chicago Press
- Wollstonecraft, Mary (1972). Vindicación de los derechos de la mujer. Reino Unido.



Adjuntar Documento

Hoja Adicional de Firmas

1821 Universidad de Buenos Aires

Número:

Referencia: Adjuntar Documentación- Firma ológrafa

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 94 pagina/s.