

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2011

Mujeres en situación de parto : una interpretación desde la perspectiva de género

Foresi, Eleonora

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/332>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento Pedagógico de Enfermería

Mujeres en situación de parto: una interpretación desde la perspectiva de género



Enfermeras: Foresi, Eleonora
Sánchez, Cintia
Carrera: Licenciatura en Enfermería
Cátedra: Taller de Trabajo Final
Docente: Lic. Celaya, Laura

2011

Para determinadas mujeres la obediencia resulta de su entrenamiento como sujeto incluido en un género, como si obedecer constituyese una conducta “natural y específica” de las mujeres, categorías ambas mediante las cuales se logra encubrir los dispositivos de poder gestados para invisibilizar la imposición de la obediencia como una forma del sometimiento y de la subordinación

(Giberti,Eva1992)

Foresi, Eleonora

Sánchez, Cintia

2011



Indice

ÍNDICE

Capítulo 1

Introducción.....3

Capítulo 2

Marco teórico.....7

Capítulo 3

Diseño Metodológico.....16

Capítulo 4

Análisis de datos.....18

Mujer, embarazo y mercantilización de la salud.....18

Cuerpos Violentados.....27

Violencia Simbólica.....33

Capítulo 5

Conclusión.....39

Capítulo 6

Biografía.....47

Capítulo 7

Anexos.....49



CAPÍTULO 1

Introducción

Introducción

Mediante esta investigación se propone analizar el problema de las representaciones y las prácticas vinculadas a la situación de parto desde una perspectiva de género. Se han seleccionado como sujetos de análisis a personas vinculados a la situación de parto: profesionales de la salud participantes del proceso y mujeres que han atravesado la experiencia de parir.

Esta problemática se relaciona en primera instancia con las concepciones hegemónicas de género que atraviesan el campo de la medicina y para eso se ha recurrido a los aportes teóricos provenientes de la psicología, la antropología, la filosofía, la historia.

Resulta pertinente mencionar la producción investigativa de las últimas décadas tendientes a superar estereotipos biologicistas y concepciones patriarcales tradicionales y modernas. Así, se ha analizado que a lo largo de la historia de la medicina, la sexualidad de la mujer ha ocupado un rol preponderante en el discurso científico y se ha otorgado visibilidad a prejuicios que en gran parte reproducen la condición de subordinación de la mujer.

Con este enfoque, se plantea como objetivo principal la interpretación de los testimonios orales de mujeres que atravesaron la situación de parto y de profesionales de distintas disciplinas vinculadas con el nacimiento, procedentes de diversas instituciones privadas y públicas de Mar del Plata.

Los objetivos específicos pueden sintetizarse del siguiente modo:

- 1) Indagar los efectos de la mercantilización de la salud sobre las mujeres en situación de parto.

- 2) Analizar los emergentes de violencia simbólica a través de los relatos de mujeres embarazadas, mujeres en situación de parto y los profesionales de la salud.
- 3) Distinguir las huellas de situaciones violentas que inciden en la corporeidad femenina y se manifiestan en sus relatos.

En esta tesina, el género es conceptualizado como construcción social histórica que define cualidades emocionales, afectivas, intelectuales y comportamientos diferenciales asignados como propios y “naturales” a mujeres y hombres. Aquello que se considera masculino o femenino remite, entonces, a la consideración de construcciones sociales “naturalizadas”, aprendidas, enseñadas, resignificadas, mediante un proceso histórico de socialización de lo biológico y biologización de lo social.¹

Al analizar la situación de embarazo y parto, emerge como perspectiva fundante la situación social de desigualdad de género. En este sentido el soporte teórico se sustenta en la sociología de Pierre Bourdieu, y aportes de intelectuales del feminismo y otros autores que han tratado la situación de dominación masculina. Esta tesis se inserta en un marco que amplía su perspectiva hacia la consideración de las políticas públicas de maternidad. Esto implica el abordaje de la relación entre Estado y Políticas de Salud entendiendo que las instituciones públicas son responsables de la formación de profesionales que ejercen cargos públicos y por lo tanto orientan personas, recursos e información, haciendo uso de un poder que cae sobre la experiencia vital de las mujeres y su maternidad.

¹ Bourdieu, P. **La dominación masculina**. Pág. 20 ED. Anagrama. Barcelona. 2000

Finalmente la preocupación que orientó esta investigación tiene como marco de referencias éticas la perspectiva de Derechos Humanos, considerando que las mujeres que atraviesan la situación de parto son sujetos con derechos y responsabilidades propios de la condición ciudadana. En la distinción de esos derechos y esas responsabilidades, se construyen las mejores condiciones para el desarrollo de las capacidades emocionales, afectivas, cognitivas y corporales que permiten la construcción de una sociedad mas humana y con igualdad de oportunidades.

Las estudiantes que integran este equipo de trabajo, han seleccionado estrategias de investigación provenientes de distintos ámbitos disciplinarios, del campo de las ciencias sociales con un diseño narrativo que se caracteriza por la recolección de datos sobre relatos narrativos, historias de vida y experiencias de las personas para describirlas y analizarlas, e interpretar su significado. Los datos se obtienen de autobiografías, biografías y testimonios de personas. No se construye un marco teórico sino que se analiza el contenido de la información, que se convierte en estructura para entender al individuo, al grupo o al lugar donde ocurrieron los hechos y hacer la narración. Esta puede referirse a toda una historia de vida de un individuo o un grupo, o un solo episodio.

Se contextualiza la información; se construye la historia, se describen las unidades, las categorías y los temas; y se procede con la explicación del resultado de la narración. En ocasiones es necesario acudir a varias fuentes de información. Los participantes son seleccionados por conveniencia. Este proceso está basado en el objetivo y el criterio del estudio. El número de participantes varía según la intención y la cantidad de información adquirida

con cada testimonio. La narración finaliza cuando se obtiene una meta narrativa o historia general, que es contada por el investigador. El análisis de la narración puede ser realizado por el contenido o por su estructura (Pineda 2008)².

Siendo el enfoque predominantemente cualitativo, la interpretación de los testimonios se hizo mediante una visión hermenéutica, focalizando en los significados y las prácticas asociadas a la maternidad.

² Pineda, E. Alvarado, E. **Metodología de la investigación**. Pág. 104. Organización panamericana de la salud. 2008.



CAPÍTULO 2

Marco Teórico

Marco Teórico

Los elementos teóricos que integran esta investigación se vinculan a la consideración de situaciones de violencia simbólica³ y a procesos de construcción de subjetividad y relaciones de poder⁴. La aproximación analítica que se ha seleccionado fue la el abordaje de los discursos en cuanto prácticas y, por consiguiente, como procesos. Esto implicó que se focalizara la atención en los relatos estableciendo relaciones entre los agentes, las instituciones y las prácticas discursivas, pensando que las “marcas” que distinguimos en las narraciones de los sujetos involucrados permiten dotar de inteligibilidad las prácticas. Se pretende explicar el lugar desde dónde se actúa, puesto que el lugar define al agente.⁵ (Es decir, el posicionamiento y empoderamiento de los sujetos se manifiesta dentro de una estructura pre existente).

Cabe mencionar que desde la teoría jurídica se ha afirmado que las deudas intelectuales más profundas son para con los argumentos y las actividades del movimiento feminista, que ha permitido transformar los puntos de vista respecto de la teoría como de la vida política, Se ha reflexionado que los teóricos clásicos construyeron una explicación patriarcal de la masculinidad y la feminidad, es decir de lo que es ser hombre y ser mujer. Para analizar cuales son las bases que sostienen estas formas de sujeción es importante indagar el significado y el valor acordado a la maternidad, como consecuencia de la construcción patriarcal de la diferencia sexual como diferencia política.⁶

³ Bourdieu, P. Op Cip. Pág. 83.

⁴ Giberti, E. Fernández, A. **La mujer y la violencia invisible**. Pág. 16-18. EDIT Sudamericana. Buenos Aires. 1989

⁵ Bourdieu, P. **Sociología y Cultura**. Pág.40 .ED Grijalbo .México.1990.

⁶ Paterman, C. **El contrato sexual** .Pág. 50. ED Anthotopos. Barcelona.1995.

Podríamos ejemplificar la vigencia de estos discursos en la visualización concreta de las mujeres como madre, ama de casa, esposa, cuidadora, contenedora, sensible, cálida, sumisa, reproductora en el ámbito de la vida doméstica y la contracara masculina de los varones como omnipotentes, poderosos, dotados de capacidad para la acción pública, eficientes, etc. Todas estas calificaciones responden a lo que Bourdieu ha analizado en torno al trabajo doméstico de las mujeres y a la economía de los bienes simbólicos y a lo femenino como un ser percibido⁷

Los discursos, las representaciones (ideas, sistemas, símbolos) que los sujetos construyen en la rutinización de sus actos cotidianos, fueron centrales en el análisis. Para eso se focalizó en las relaciones de género que condicionan las situaciones protagonizadas por mujeres en situación de parto, y se trabajó en la detección de indicios que permitan establecer cuándo se manifestaba el principio de discriminación simbólica que subordina lo femenino ante la dominancia masculina. Es importante tener en cuenta que este arbitrario cultural no aparece como un discurso homogéneo, sistemático y coherente, sino como un discurso parcial y fragmentado, atravesado por contradicciones y ambigüedades. La oposición entre lo masculino y lo femenino se inscribe en nuestras estructuras cognitivas y en nuestras estructuras sociales como parte de esquemas inconscientes de percepción y de apreciación. Ahora bien, estos esquemas no surgen a nivel representacional como bloques conceptuales estáticos u homogéneos, sino como elementos disgregados, aparentemente incoherentes, componentes contradictorios de un pensamiento nacido de la situación de dominación masculina.

⁷ Bourdieu, P. Op. cit. Pág. 121.

Los aspectos señalados remiten a consideraciones teóricas más amplias que tienen que ver con la reproducción de las condiciones de posibilidad de las estructuras materiales y simbólicas de la sociedad androcéntrica. En tal sentido, la relación de dominación masculina, es una relación conflictiva en la cual encontramos consenso, adaptación, sometimiento, pero también resistencias, oposiciones.⁸ Cabe mencionar que esta es una aproximación inicial al análisis de un objeto polémico como es el género y que esta problemática roza cuestiones centrales como el matrimonio, el parentesco y la familia.

Según Pierre Bourdieu, la preeminencia que se les reconoce de modo universal a los hombres se afirma en la objetividad de las estructuras sociales, y de las actividades productivas y reproductivas. Esta preeminencia se basa en una división sexual del trabajo de producción y reproducción que es a la vez biológico y social. “La mejor parte” está conferida a los hombres, así como en los esquemas presentes en todos los hábitos, esquemas que funcionan como matrices de las percepciones (los pensamientos y las acciones de todos los miembros de la sociedad)⁹

Las mismas mujeres, de acuerdo con la perspectiva de Bourdieu, aplican a cualquier realidad, y en especial a las relaciones de poder, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder y que se explican en las oposiciones fundadoras del orden simbólico.

Puede ocurrir que se entienda lo simbólico como opuesto a lo real y efectivo, que se subestime el concepto violencia simbólica por considerarlo una mera

⁸ Estamos haciendo referencia a los aspectos culturales señalados por García Canclini para caracterizar la relación de poder hegemónico. Ver: Boivin, Rosato, Arribas, 1999. Constructores de Otredad, EUDEBA. (pp.151-165)

⁹ Bourdieu, P. Op. cit. Pág. 49.

concepción espiritual, sin efectos reales. El efecto de la dominación simbólica (ya sea de sexo, de cultura, de etnia, de lengua, etc.) no se produce en la lógica pura de conciencias concedoras, sino a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción, que constituyen hábitos y que sustentan, antes que las decisiones de la conciencia de los controles de la voluntad, una relación de conocimiento profundamente oscura para ella misma. La dominación masculina y la sumisión femenina, es espontánea e impetuosa, sólo se entiende si se verifican unos efectos duraderos que el orden social ejerce sobre las mujeres (y los hombres).

Durante el siglo XX se generalizaron en el mundo los derechos políticos para las mujeres, sin embargo no garantizaron una oportunidad de participación igualitaria, por otro lado sigue siendo la maternidad, diferencia por excelencia, lo que ha marginado a las mujeres de la participación, situándolas fuera de la política y la ciudadanía. A la vez, paradójicamente, la maternidad ha sido también el mecanismo central por el que han sido incorporadas al orden político moderno e integrado al Estado de bienestar, ya que se le adjudicó un status político y se la incluyó como "deber político" femenino.¹⁰

La noción de ciudadanía se encuentra intrínsecamente ligada a la de derechos humanos, a partir de la modernidad (expresada emblemáticamente por la Revolución Francesa) el Estado otorga derechos a los miembros de la comunidad política, ampliando su acceso a la libertad y a la igualdad. Así, una ciudadanía plena supone la adquisición de derechos civiles (derecho a poseer propiedad, libertad de las personas, libertad de pensamiento, de culto, derechos a acordar contratos válidos, a la justicia), los derechos políticos

¹⁰ Bourdieu, P. Op. cit. Pág. 70 .

(derecho a participar del poder político) y los derechos económicos, sociales y culturales (derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda, a la seguridad y al bienestar político).¹¹ El terreno de los derechos sexuales y reproductivos puede ser definido teniendo en cuenta dos elementos clave: poder y recursos. Poder para tomar decisiones informadas y recursos para llevar adelante estas decisiones. Desde los 70 hasta la actualidad y aún con anterioridad, la idea de apropiación del propio cuerpo por parte de las mujeres estuvo siempre presente en el discurso feminista. Es decir que aunque la expresión de derechos reproductivos es reciente, sus bases ideológicas se encuentran en los conceptos de integridad corporal y autodeterminación sexual, característicos del feminismo de la segunda ola. Este concepto incluye una categoría nueva modificando las significaciones políticas de reproducción, desplazándose desde la demanda del aborto legal a la de derechos sexuales y reproductivos, adquiriendo importancia porque involucran problemas específicos y centrales en la vida de las mujeres: embarazo y nacimiento (además de anticoncepción y aborto, menstruación y menopausia, infección y enfermedad, maternidad y no maternidad). El ejercicio de un derecho no es exclusivamente una decisión individual aislada sino que existen ciertos factores como la situación económica, las legitimaciones sociales, culturales e institucionales acerca de la reproducción y las formas legales y jurídicas relativas a estos temas que condicionan tal ejercicio. La noción de género atraviesa la histórica discriminación de la mujer del espacio de lo público donde los derechos sexuales y reproductivos son ejercidos.

¹¹ Gamba, S. **Diccionario de estudios de género y feminismos**. Pág. 84. 2º Edición. Buenos Aires. 2009

El concepto de género se refiere a la construcción social y cultural que se organiza a partir de la diferencia sexual. Definiciones que abarcan tanto la esfera individual-incluyendo la subjetividad, la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino o masculino-, como la esfera social- que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre unas y otras. Es posible encontrar acepciones que suponen erróneamente, que género constituye una manera más “académica” de decir mujer. Sin embargo, esta categoría se refiere tanto a las mujeres como a los varones, enfatizando la dinámica relacional entre el universo femenino y el masculino.¹²La definición de cuerpos, espacios y actividades para cada sexo, definen territorios y relaciones de género que, de algún modo, están incorporadas y tal vez naturalizadas en la vida de las personas.¹³

El cuerpo es un lugar de sensaciones y emociones dónde se describe la vida. La autonomía del cuerpo, es una dimensión ineludible en la superación de la subordinación y sujeción de las mujeres.¹⁴Los conflictos entre hombres y mujeres, tanto en la esfera pública como en el ámbito privado, no han sido, ni son, ajenos a la práctica de la violencia. Las manifestaciones evidentes de maltrato y otras formas de violencia menos visibles pero no menos eficaces se ponen en práctica en la familia cotidianamente a través de la desigualdad en la distribución del dinero, de las responsabilidades domésticas, de las opciones de realización personal, etc. La desigualdad-discriminación-violencia forma

¹² Checa, S. **Genero, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia**. Pág. 39. Editorial Paidós SAICF. Buenos Aires. 2003.

¹³ Checa, Susana. *Ibíd.* 8. Pág. 53.

¹⁴ www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/blog/wp.../ObservCartillaCuerpo.pdf

parte de un particular circuito de retroalimentación mutua, podría considerarse que dicho proceso no son invisibles sino que están in visibilizados.¹⁵

También es importante considerar que la realidad tal como es vivida por las mujeres no transcurre según los mismos ritmos ni es percibido de la misma manera que la de los hombres. La experiencia de las mujeres y la experiencia femenina tienen una historia propia que si bien no es independiente de los hombres es historia de las mujeres como mujeres. Esas historias de las mujeres solo pueden ser comprendidas en plural, no en singular, pero en su variedad existe en el contexto de la compleja historia de la totalidad del sexo femenino. Para comprender la historicidad de la construcción de lo femenino se ha postulado que (a principios de la edad moderna Siglo XVI Y XVII, existía una red de instituciones de tipo conventual, que implicaban el encierro de las mujeres sustentada en la noción de “honor femenino”, esto constituyo una experiencia distinta de la de los hombres y la de otras mujeres. No obstante la experiencia de esta minoría respondía a la imagen y a la realidad del sexo femenino en su conjunto), por tal motivo en esta tesina se revaloriza las experiencias de las mujeres en situación de parto.

Los estudios de la mujer no pueden quedar reducidos al sexo como sinónimo de sexualidad, sino que deben abarcar todas las áreas de la sociedad, incluyendo sus propias estructuras.

Cuando hablamos de género como categoría nos referimos a una imagen intelectual, a un modo de considerar y estudiar a las personas, a una herramienta analítica que nos ayuda a descubrir áreas de la realidad pasada y presente que han sido olvidadas. Es una forma de análisis sociocultural que

¹⁵ Giberti, E. Fernández, A. Op cip. Pág. 16-18.

desafía la ceguera que la ciencia y la historia ha demostrado respecto al sexo. El género es una categoría no en el sentido de afirmación universal sino, como sugiere la etimología griega de la palabra en el sentido de objeción y acusación pública, de debate, protesta, procedimiento y juicio. La palabra biología constituye, en si misma una categoría socio cultural que ha marcado y distorsionado la percepción y la relación de los sexos, al mismo tiempo que la de otros grupos. El sexismo (y el racismo) no son consecuencias de diferencias físicas, más bien ciertas diferencias se utilizan para legitimar las relaciones sociales ya existentes y, en concreto las relaciones de poder.¹⁶

Se podrían sintetizar los presupuestos de nuestra investigación a partir de la propuesta de practicar una ciencia de la realidad de la vida que nos rodea y en la cual estamos inmersos, mediante la comprensión, por una parte del contexto y significado cultural de sus distintas manifestaciones en su forma actual y, por otra de las causas que determinaron históricamente que se haya producido así y no de otra forma. La perspectiva sociológica es fundamental porque provee los instrumentos para comprender los procesos de estructuración de la realidad entendidos como interrelación de significados, normas y poder. La construcción de la teoría social implica una doble hermenéutica ya que se ocupa de una relación de sujeto-sujeto con su campo de estudio; se ocupa de un mundo pre interpretado, en el que los significados desarrollados por sujetos activos entran prácticamente en la constitución o producción real de este mundo ¹⁷

¹⁶ Bock, G. **La historia de las mujeres y la historia del género: Aspectos de un debate internacional**. Pág. 8. España. 1991.

¹⁷ De Gialdino, Irene Vasilachis. **Métodos cualitativos I los problemas teórico-epistemológicos**. Pág. 43-56 Centro Editor de América Latina. 1993.

De modo que esta investigación se efectuó sobre la base empírica que conformamos a partir de entrevistas y fue preciso acudir a ciertas pautas de racionalización metodológica para interpretar los testimonios de acuerdo a una perspectiva de género (considerado como hábito sexuado). En tal sentido, la noción de extrañamiento resultó central para la aproximación analítica que efectuamos, puesto que partimos de la experimentación de una unidad contradictoria aproximación/distanciamiento¹⁸. De este modo, el registro de testimonios orales y su interpretación implicó considerar la existencia de dimensiones de la vida cotidiana de los individuos que escapan a su percepción discursiva.

Hemos optado por entender a las mujeres en términos de relación – con las otras mujeres y con los hombres-, no en términos de diferencia y separación. Entendemos que no solo debemos estudiar las relaciones entre los sexos, sino también dentro de los sexos, las relaciones de las mujeres con los hombres y de los hombres con las mujeres. Además es importante considerar las relaciones de las mujeres entre si y conocer los vínculos de conflicto y solidaridad.

¹⁸ Lins Ribeiro, Gustavo. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En: Descotidianizar. Buenos Aires. (pp.65-69)1986



CAPÍTULO 3

Diseño Metodológico

Diseño metodológico

En el presente estudio, se realizará una interpretación de los testimonios obtenidos de mujeres que atravesaron la situación de parto, de profesionales vinculados con el nacimiento y estudiantes, ligados al área de la salud con implicancia directa o indirecta, en el área de perinatología, que ocupan posiciones diferenciales en el Sistema de salud.

Para ello se propone analizar el problema de las representaciones y las prácticas vinculadas a las situaciones de parto desde una perspectiva de género.

El método de obtención de datos fue la recolección de 19 testimonios entrevistados, de los cuales para mantener la confidencialidad de los mismos hemos optado por utilizar nombres ficticios.

El criterio de inclusión estuvo dado por mujeres que hayan atravesado una o más situaciones de parto, profesionales de la salud y estudiantes con los cuáles tomamos contacto a partir del inicio de la indagación, con el propósito de acordar la realización de una entrevista personal, para conocer sus opiniones, inquietudes y vivencias. Observar es “vivir con”, o, al menos, estar próximo, estar a mano; es mirar de cerca. Salvo que se trate de disimular, es también exponerse (a las miradas, a la atención, a los comentarios, a las preguntas, y a cualquier otra forma de tratamiento social). Las situaciones de observación pueden tener una duración muy variada. Los primeros tiempos de la investigación fueron de carácter exploratorio, para lo cual se requiere una doble atención, una vigilancia metódica que consiste en estar atento a la novedad, a lo desconocido, y por otra, atención a sí mismo en tanto que

extraño a esa novedad, consciente de su diferencia y del trato que recibe. Esta disposición debe aplicarse hasta a los detalles más insignificantes- tengan o no un sentido inmediato- a las maneras más habituales de decir y de callar, de hacer y de abstenerse, y a las que se apartan de ellas en mayor o menor grado. Esta disposición supone registrar con la mayor precisión e inmediatez posibles todo lo que es observado y analizar con frecuencia y regularidad lo que ha sido registrado: el análisis orienta a su vez todo el plan y sirve para preparar un nuevo estado de la indagación¹⁹.

¹⁹ Combessie, Jean Claude, 2005. Descubrimiento y recolección de los datos. Cap. 1. "El método en sociología". ED. Ferreyra. Colección Enjeux.



CAPÍTULO 4

Análisis de datos

Mujer, embarazo y mercantilización de la salud

Cuerpos Violentados

Violencia Simbólica

Análisis de datos

En este capítulo analizaremos tres problemáticas emergentes vinculadas al tema que estamos analizando, a saber:

- Mujer ,embarazo y la mercantilización de la salud (obras sociales y Estado, conveniencias médicas, poder del dinero, naturalización de la no dignidad)
- La violencia simbólica (infantilización, masculinización, el género como hábito sexuado, el desconocimiento de su propia corporeidad, derechos, autoflagelación de derechos, lenguaje).
- Cuerpos violentados (uso y abuso de la medicación, medicina y mujer).

Es importante considerar, que la distinción de estos tres ejes, es el resultado de la interpretación analítica de testimonios en los cuales, muchas veces, las situaciones de mercantilización, violencia física y simbólica, se dan de manera simultánea. Hemos optado, por incluir fragmentos de los relatos de mujeres que protagonizaron situaciones de parto y profesionales de la salud, incorporando las reflexiones teóricas pertinentes, estableciendo relaciones entre los testimonios

Mujer, embarazo y la mercantilización de la salud:

Sistema económico vigente en los siglos XVII y XVIII que sentó las bases del actual capitalismo, responde en primer termino al desarrollo del comercio

en todas sus formas, rechaza la intervención del Estado y considera la posesión de metales preciosos o capitales monetarios como signos de riqueza, los principales pensadores han sido David Hume, Wilfredo Pareto.²⁰

Suponemos que el estudio de las prácticas de atención de la maternidad constituye un “pretexto” para el estudio de la reproducción social y un campo de estudio propicio para revisar la determinación política de las prácticas sociales referidas a la atención, como parte de un proceso donde se estableció la práctica médica como hegemónica y que bajo ciertas perspectivas teóricas ha sido tratado como proceso de medicalización y funcionalidad al sistema económico.

El proceso neoliberal (que aún nos atraviesa) ha generado (y en gran medida aún mantiene) una modalidad de rentabilidad económica que reproduce condiciones de desigualdad, y en consecuencia se adoptan decisiones políticas que afectan el sostenimiento de políticas universales, imponiéndose nuevos paradigmas asociados con concepciones de Estado mínimo (lejos de permitir el Estado de Bienestar), la descentralización de responsabilidades pero no de recursos, así como el proceso de privatización, estructural y periférica. Esta política generó la imposibilidad del Estado de brindar servicios cada vez más complejos y costosos para toda la ciudadanía.

El protocolo médico exige que sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan las necesidades de dichas mujeres, aunque producen efectos secundarios que no son medidos ni evaluados por la obstetricia académica oficial. Dichos efectos han sido discutidos y confrontados desde otras ópticas,

²⁰ Trigilia, C. *Sociología Económica*. Pág. 186, 187. Editorial Il. Mulino. Italia. 1998

médicas, sociológicas, antropológicas y fundamentalmente desde la perspectiva de los Derechos humanos , especialmente en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que interpelan la hegemonía de la ciencia médica y sus disciplinas, asentadas en un poder que limita cualquier cuestionamiento de su praxis. A continuación presentaremos los testimonios y las reflexiones que hemos elaborado con la intención de establecer los vínculos entre los relatos y el enfoque que venimos desarrollando:

" Hasta último momento no sabía si tendría mi bebé en el hospital o en la clínica, al final del tercer trimestre mi marido consigue un trabajo en blanco y pasó a tener obra social y así mi hija nació en la clínica" (Carolina, 29 años)

La afirmación de Carolina pone de manifiesto la incertidumbre y vulnerabilidad que afecta a mujeres que por su situación socio-económica, se ven imposibilitadas de darse garantías en la continuidad de los cuidados y los controles pre y post-natales. Este camino incierto –potenciado por la sensibilidad producto del propio embarazo- lleva a que muchísimas mujeres lo atraviesen en una constante insatisfacción. Lejos de recibir protección, contención, conexión con su corporeidad, muchas mujeres se ven alejadas de la posibilidad de disfrutar este momento único e irrepetible. La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948 reconoció, por primera vez en la historia, que la protección de la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad. Años después, la Convención sobre la Eliminación de todas formas de

Discriminación contra la Mujer (CEDAW 1979), estableció que los estados deben garantizar a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”. Finalmente, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificó en su artículo 24, que los estados deben “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo “orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar”.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud en América Latina y también en Argentina supuso durante el siglo XX una importante mejoría en las condiciones de atención de la salud de las mujeres. No obstante, cuestiones ligadas al cumplimiento de normativas, accesibilidad a los servicios y derechos continúa representando un problema persistente no siempre abordado en profundidad.

“...El tema es que cuando fui a la entrevista con el obstetra le dije que a mi me interesaba el parto en cuclillas ya que hace años que tengo mucho conocimiento de mi cuerpo, y me dijo: _ nosotros acá no permitimos las posturas distintas, porque nos manejamos con el parto en la camilla, te ponemos el goteíto y así nace tu bebé...” (Carolina, 29 años).

Nuevamente Carolina expresa la tensión entre la necesidad q siente de seguridad a partir de lo que considera su autoconocimiento y el abismo que existe entre los derechos obstétricos de las mujeres y de los recién nacidos, y las garantías que permitan su ejercicio. Este relato es la expresión de una experiencia recurrente, donde el cumplimiento de procedimientos y/o tratamientos de rutina, la mayoría de las veces estandariza a las mujeres.

Esta situación es una manifestación de la denominada medicalización, ya que, este tipo de atención obstétrica reduce la posibilidad de la mujer de valerse por sí misma dependiendo de una intervención técnico médica del profesional de la salud, quien ejerciendo su autoridad legítima soslaya las capacidades de las mujeres para hacer valer su autonomía en cuanto al conocimiento de su cuerpo, que es la matriz de este proceso. La mecanización del nacimiento, impide que las mujeres puedan ejercer el derecho de autonomía.

La libre expresión de deseos, vivencias, temores, es una condición indispensable para el real ejercicio de los derechos. El ejercicio de los derechos políticos supone la vigencia de los derechos civiles, por lo menos los derechos a la identidad, de pensamiento, de religión, de expresión, de circulación, de trabajo y de justicia. Es crucial pensar la importancia de los derechos civiles y políticos, pues durante la mayor parte de la historia de las sociedades la humanidad estuvo privada de ellos, lo que afectó severamente su capacidad de participación en las decisiones, ni siquiera formalmente permitida.

Esta inhibición se manifiesta de manera recurrente en el lenguaje de los testimonios cuando las mujeres se reconocen así mismas pasivas ante las decisión médica.

“Mi segundo hijo nació en Mar del Plata en el año 2009, y esta vez pensé que sería distinto porque con mi marido teníamos obra social, y podríamos ir a una clínica” (Elisa, 28 años)

Dentro del imaginario de muchas mujeres y sus familias, existe la creencia de que el tener una obra social y acceder a la posibilidad de elegir el profesional y la institución en la cual atenderse, recibirán una atención de mayor calidad, menos precaria, mas cómoda, segura, receptiva a las demandas de las mujeres, más contemplativa con respecto a todos los dispositivos y procedimientos médicos adecuados a una correcta atención de la mujer y del recién nacido.

Los sectores sociales cada vez más marcados y diferenciados desde la situación de inequidad económica aún teniendo cierto nivel de formación académica, pero que -producto de las vertiginosas reformulaciones y reestructuraciones socioeconómicas-, han ido quedando fuera del sistema, adquiriendo distintos tipos de denominaciones: clase media baja devenida en nuevos pobres, los pobres propiamente dichos, excluidos.... Todos estos sectores grupos sociales atraviesan importantes procesos de reforma que afectan a la mayoría de los países del mundo, no estando ajeno el nuestro, donde ésta transformación no se orienta por la preocupación de extender servicios que aseguren el acceso a la salud en cantidad y calidad a la ciudadanía. Esto genera, por ejemplo que la clase media empobrecida acceda a una heterogénea y diversa oferta profesional que los habilita a una basta amplia gama de servicios facilitando ciertas ventajas. De manera frecuente ante la pérdida de la obra social o del plan médico privado se negocia con el profesional de salud de cabecera nuevas condiciones de contratación o se recurre a prestadores nuevos los acuerdos son variados, van desde prestaciones gratuitas, honorarios muy bajos, pagos en cuotas con frecuencia irregular y otros "arreglos". Cuando un médico trabaja en un hospital público, un

paciente particular puede trasladar allí la consulta, manteniendo prerrogativas de la salud privada, también en los hospitales a través de empleados jerárquicos, se obtiene la realización de consultas y exámenes sin tiempo de espera y/o ningún gasto.

Como contracara el frágil equilibrio socioeconómico de “los verdaderos pobres” está basado en el mantenimiento de la familia como medio capaz de satisfacer sus necesidades básicas. “Ser pobre” es no poder afrontar por sí mismo los gastos de alimentación, vivienda, vestimenta, etc. y verse obligado a depender de los planes asistenciales o de caridad pública como principal fuente de ingreso.²¹

Según Thomas Marshal conquistar una ciudadanía plena implica la satisfacción previa de ciertas condiciones o necesidades que posibiliten que las personas puedan disfrutar de los derechos civiles y políticos y en tal sentido sostenía que la obligación de mejorarse y civilizarse es por tanto una obligación social y no meramente personal, porque la salud social de una sociedad depende de la civilización de sus miembros.²²

Siguiendo esta línea de pensamiento, es el Estado, mediante la política como recurso de poder, el garante del desarrollo humano para asegurar la igualdad básica, velando por la libertad y la dignidad de todos y en todas partes. El Desarrollo Humano es un proceso de realce de la capacidad humana para ampliar las opciones y las oportunidades de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto y valor. Las capacidades (pueden variar en

²¹ Kessler, G. Lazo social, Don y Principios de justicia: Sobre el uso del capital social en sectores medios empobrecidos (artículo basado en una parte del capítulo v de tesis de doctorado “Le processus de pauperisation de la classe moyenne argentine. 1975-1996. En la École del Haute études en Sciences Sociales. Paris

²² Marshal, T, trabajo de “Ciudadanía y clase social” presentado en 1949 en una conferencia en Cambridge.

forma y contenido) incluyen las libertades de poder atender las necesidades corporales, la capacidad para evitar el hambre y la malnutrición, entre otras. Incluyen también las oportunidades habilitadoras que ofrecen la educación, la libertad y los medios económicos para vivir una vida digna de acuerdo con los patrones culturales y con la realidad de cada país o sociedad.

Tener un derecho concreto es disponer de un recurso y de la posibilidad de reivindicación frente a otras personas o instituciones para que colaboren en garantizar el acceso a alguna libertad. Tener derechos implica que existen deberes de los ciudadanos hacia otros miembros de la sociedad. La paradoja a la que se asiste es que existen marcadas dificultades para garantizar todos los derechos de todos los habitantes de todos los países. Abundan testimonios como los de Maricel y Analía que revelan hasta que punto la mercantilización de la salud afecta el parto.

...“A mi marido le hicieron comprar la ropa para entrar al quirófano, cuando me llevaron a cirugía él no estaba porque fue abonar el equipo” (Marisel, 22 años).

...“Cuando nos dieron el alta después de la cesárea nos dijeron que hasta que no pagáramos no nos podíamos retirar de la clínica. Yo ya estaba vestida con la nena en el porta bebé, esperando en el pasillo de la clínica que Sergio consiga el dinero porque en la tarjeta no teníamos crédito, como la bebé había nacido el domingo eso encarecía, además de la cesárea el costo”. (Analía, 27 años)

En la Argentina, el Sistema de Salud tiene una estructura de sometimiento en cadena. En la cima de la pirámide del ámbito privado está el poder

económico: las empresas de medicina prepaga, que consideran a la salud un bien con fines de lucro y no un bien social²³.

Así lo expone Verónica tras la experiencia de su embarazo múltiple:

“en la semana 24 de gestación la obra social nos informa que no podrán responder por el nacimiento de nuestros bebés, dado que no tiene forma de afrontar un nacimiento múltiple por la falta de profesionales en una neonatología privada, ofreciéndonos que nazcan en distintas clínicas”.
(Verónica, 27 años)

Por otra parte hace muchos años que la Organización Mundial de la Salud señala que la gestante debería estar acompañada durante el parto, pero lamentablemente no todas las clínicas ni hospitales lo permiten y si lo hacen suele ser en el momento de la expulsión del bebé. Cotidianamente la situación de las parturientas atravesando todo el proceso solas, generalmente durante muchas horas, y esta situación las pone en una situación de extrema vulnerabilidad

En este aspecto tanto en lo público como en lo privado existe poca o ninguna diferencia en cuanto a la atención. Por ejemplo: la presencia de familiares que acompañen a la mujer en el momento del nacimiento dentro de la asistencia pública está directamente negada, en tanto que en muchas instituciones privadas esta negación se encuentra encubierta y supeditada a la posibilidad de adquirir los elementos para ingresar al quirófano previo al pago de los mismos.

²³ Gutman, L. “**Parir en libertad**”. Pág. 43. Editorial Grijaldo. Buenos Aires. 2007.

A partir de los relatos y las experiencias de muchas mujeres, se percibe que la tendencia en el sistema de salud en el ámbito privado se orienta con mayor énfasis a brindar servicios de salud y confort, con el propósito de atraer clientes y garantizar la maximización de las ganancias. Llama la atención que la cartilla médica que ofrece este servicio es la misma que opera como efectores de salud en el ámbito público, donde es ostensible un tratamiento diferencial hacia quiénes pueden pagar estos servicios y quiénes no. No es necesario enfatizar la inequidad existente en la infraestructura de estos ámbitos en cuanto a los aspectos edilicios, hotelería, calidez de atención.

Cuerpos Violentados:

Como se viene planteando ésta tesis se enmarca en la cuestión de la violencia de género, nacida de una sociedad que mantiene la dominación masculina. Si bien no pretendemos agotar en esta oportunidad esta cuestión, es necesario considerar que las mujeres, naturalizan la violencia desde su primera infancia, asumiendo roles de subordinación, y aceptación de una condición inferior. Toda una empresa de eternización de la sujeción, se lleva adelante a través de las instituciones escolares, asignando roles diferenciales de acuerdo al sexo, los medios masivos de comunicación (telenovelas, show mediáticos, realitys, filmes pseudo-románticos). La familia, institución privilegiada a la hora de elaborar los principios arbitrarios de división entre lo femenino y lo masculino (desde quién lava los platos hasta quién decide y quién acata, etc.). Sin desconocer las conquistas logradas, la sociedad mantiene sus estructuras androcéntricas.

La sexualidad de la mujer ocupó y ocupa un papel preponderante en el discurso médico: el útero es el órgano privilegiado de esta preocupación. A lo largo de la historia de la medicina se han otorgado múltiples sentidos a dicha víscera, muchos de estos sentidos responden a mitos, creencias e ideologías instituidas con pretensión de científicidad. De este modo el útero fue considerado fuente y motor de todos los trastornos de salud de las mujeres. Aún hoy se encuentran prácticas y afirmaciones que responden a prejuicios infiltrados en el pensamiento médico los cual (es extensivo a otros profesionales de la salud), dónde gran parte de ellos son asociados a la inferioridad de la mujer.²⁴.

Con distintos argumentos y prejuicios éste posicionamiento habilita a que se ejerzan distintas formas de violencia:

“me asusté mucho cuando a la señora que estaba en la cama de enfrente le pegaron con una revista, cuando gritó de dolor durante un tacto; a mí sólo me gritaron y me ataron las piernas, no me podía mover, estaba muy incómoda y me sentía muy sol” (Elisa, 28 años)

Esta mujer, mientras reconoce la violencia del golpe con la revista hacia otra mujer, minimiza haber recibido gritos, como así también haber sido impedida de mantener su libertad de movimientos, además de otras cuestiones que señalamos más arriba. Está claro que hay una relación estrecha entre violencia física y simbólica, el maltrato se plasma en los cuerpos, se corporiza la agresión, y las mujeres pasan a estar sujetas a la voluntad de otro, que no

²⁴ Giberti, E. Fernández, A. Op cip. Pág. 73.

las considera, las subestima, las infantiliza y hasta premia con gestos afectuosos, la sumisión, felicitándolas por haberse “portado bien”.

En torno a los orígenes del dolor de la parturienta, se han formulado dos aspectos: el que se genera en el mismo proceso del parto (dolor por contractura uterina o dificultades de presentación o dilatación, etc.) y el que es consecuencia del personal médico o auxiliar que actúa sobre el cuerpo de la parturienta, que van desde episiotomía, enema, rasurado, canalizaciones, inyecciones para la inducción, hasta los tactos vaginales, el lenguaje y el maltrato²⁵

“Si para el lunes no dilatas, te meto al quirófano...” (Elena, 34 años).

“Al ingreso me realizan tacto, como tenía un centímetro de dilatación; deciden colocarme goteo de oxitocina...” (Cintia, 23 años).

Cintia y Elena hacen visible como la ya nombrada estandarización de prácticas, procedimientos y/o tratamientos de rutina, no personalizan la atención.²⁶

“Pero como pedía que me lo dejen ver, me administraron anestesia...” (Elena, 34 años)

“Mamá tenés que relajarte y dejarme trabajar” (Tamara, 20 años)

²⁵ Videla, M. **Maternidad mito y realidad**. Pág. 176. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1990

²⁶ Revista Venezolana de estudios de la mujer. Caracas. Enero/ Junio 2009. Vol. 14/ N° 32.

“Yo necesitaba cambiar de posición, porque no aguantaba mas. Me respondían que no” (Cintia, 23 años)

“Deciden romperme bolsa” (Cintia, 23 años)

“Le pido a la obstetra que no realizara episiotomía, ella me responde que si iba a realizar porque sino a los 40 años iba a tener prolapso” (Cintia, 23 años)

Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, solo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturienta: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer- autoridad médica. A través del tacto técnico, el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstetricia.²⁷

En los relatos es indicativa la autoridad que impone un médico que “sentencia” sin dar explicaciones, sin brindar contención desde su rol profesional, propiciando una situación de angustia, ansiedad, temor. Otros relatos permiten detectar diversos tipos de intervenciones inadecuadas.

“De repente aparece una enfermera con guantes puestos y para cuando terminó de explicarme lo que me iba hacer ya lo había terminado de hacer, era un enema” (Marisel, 22 años)

En la actualidad la bibliografía sostiene que dicha práctica está considerada innecesaria, ocurre que por lo general cuando se llega a la fase final, todas las mujeres o en su mayoría han evacuado y muchas lo han hecho en forma reiterada. Hacerles esto (enema) cuando están en medio de las contracciones

²⁷ Revista Venezolana de estudios de la mujer. Caracas. Enero/ Junio 2009. Vol. 14/ N° 32.

de un trabajo de parto, con el vientre totalmente distendido, es vejatorio. Que alguien, en ese momento, les introduzca líquidos por vía intestinal, es una violación a su intimidad.²⁸

“Me llevaban a quirófano para una cesárea, yo pregunté: ¿por que? Si todavía no había empezado con dolores, la respuesta fue que el doctor había conseguido turno en quirófano ahora” (Marisel, 22 años)

Las rutinas, las cesáreas innecesarias, muchas de las intervenciones que se les hacen o dejan de hacer a las mujeres, son diferentes formas de violencia. Muchas mujeres toman como natural el trato agresivo y denigrante que reciben en las instituciones, incluso de forma explícita. Además de las acciones que la agraden físicamente, hay muchas maneras de desvalorizarlas desde el discurso, de las cuales los profesionales abusan y a veces incluso utilizan como una descarga de su propia tensión y temor contenido.

En la mayoría de los casos, las mujeres atraviesan por el parto con muy poca conciencia de sus poderes, limitaciones y derechos, derechos que de ser respetados les permitirían vivir a pleno su momento.

Hoy en día los partos conducidos, las anestесias y analgesias rutinarias, así como el apuro de todo el sistema para terminar rápido el trámite (parto) no invitan a aprovechar este momento fundante en la vida sexual de las mujeres, como punto de partida para conocer la verdadera estructura emocional y la que se necesita fortalecer.

En la actualidad continúa considerándose al parto como un acto puramente corporal y médico. Un trámite que, con cierta manipulación, anestesia para que la parturienta no sea un obstáculo, drogas que permiten decidir cuando y cómo

²⁸ Gutman, L. Op.cip. Pág. 103.

programar la operación, y un equipo de profesionales que trabajen coordinados, pueda “sacar” al bebe corporalmente sano y felicitarse por el triunfo de la ciencia. Esta modalidad está tan arraigada en nuestra sociedad que muchas mujeres no se cuestionan si fueron actrices del parto o espectadoras, si fue un acto íntimo, vivido desde la más profunda animalidad, o si cumplió con sus expectativas.

Si se revisa la forma en que la mujeres paren en las instituciones de salud sin distinción de sector se verá cuan lejos de la naturalidad se produce, se las ubica en el centro de un escenario hostil, sobre una camilla, obnubilada, con luces intensas, con sus genitales exhibidos, sus piernas inmovilizadas, el ambiente resulta de esta manera intimidatorio y público, es decir que hay gente que circula por la sala. El lugar se torna desconocido y a la vista de ella hay sólo instrumental que quizá hasta resulte amenazante y en muchos casos solas. Sumada a la descripción anterior se agregan los retos, insultos, falta de información, burlas, descreimiento, humillación y hasta agresiones físicas de las cuales hacen referencia las propias victimas cuando tienen la oportunidad de hacer resonar su propias palabras.²⁹

La salud, como todo Derecho humano, es universal, absoluta, innegociable e inalienable. Por eso “promover y proteger los derechos humanos es un campo tan concreto como cualquier otro trabajo en el campo de la salud. De esta manera, los así llamados “Derechos de los pacientes” son en realidad derechos humanos, en tanto que los pacientes son primariamente personas y, como tales, en el sentido Kantiano, tienen dignidad y no precio. Son sujetos y no objetos, son fines en si mismos y no medios.³⁰

²⁹ Tomado de: Declaración de Ceará sobre la humanización del parto, Fortaleza –Brasil 2008

³⁰ Maglio, F. “La dignidad del otro”. Pág. 109. Editorial Libros del zorzal. Buenos Aires. 2008.

VIOLENCIA SIMBOLICA:

Tanto en las instituciones públicas como privadas se puede observar una desvalorización o invalidación de la palabra de la mujer, de sus opiniones, de los conocimientos o creencias sobre su propia salud, así como de su derecho a ser informada y de elegir o consentir libremente las prácticas asistenciales que su situación demande. Se ve con toda crudeza una relación desigual entre quien se pone en lugar de detentación del saber, casi absoluto, omnipotente y quien se "cree" que nada sabe y, en consecuencia, nada puede decir ni elegir. Esta actitud esta vinculada con la violación del derecho al goce a la salud, a la información, a un trato digno y humanizado y a ser escuchada y comprendida en sus opiniones

...“No dejaron que pase mi marido y a mi bebé no lo pude ver hasta después de tres hora” (Elisa, 28 años).

La compañía (del marido, pareja, familiar o quien decida ella, la protagonista) en el parto aporta beneficios como disminuir la sensación de dolor y miedo durante el proceso. Está ahí para entregar apoyo emocional como escuchar, ayudar y hablar de manera positiva.

*“No sos la única madre soltera. No sos el ombligo del mundo, y no llores...”
(Elena, 34 años).*

*“¿Y vos querías parto normal? Miró como eliminó meconio. Lo ibas a matar”
(Elena, 34 años).*

“Ahora ponéte la pilas, porque tus piernas hacen el cuerpo de ella, refiriéndome a mi compañera de habitación” (Elena, 34 años)

“Cuando vinieron a realizarme una ecografía, le dije que no me la realicen porque estaba con mucho dolor; esta persona me dijo: si le pasa algo a tu bebé, va hacer culpa tuya” (Cintia, 23 años).

Estos relatos expresan situaciones de temor, incertidumbre y la naturalización de la violencia representada de diversas formas. Se percibe cierta actitud pasiva-paciente sustentada esto con el no uso de poder sobre el propio cuerpo. Esta actitud pasiva probablemente se vincula con la medicalización de la reproducción, proceso general que abarcó al mundo occidental entre fines del siglo XVIII y principios del XX, como parte de este proceso se constituyó una “corporación médica” alrededor del monopolio del ejercicio de la atención de la salud y del dominio de un saber legítimo. Una elite que se basaba en el saber y que socialmente se había extendido mas allá de la tradicional, lo cual implicaba la erradicación de otras personas (curanderas, sanadoras, comadronas, etc.) que hasta entonces atendían los problemas de salud de la mayoría de la población³¹.

En estos testimonios se advierte un avasallamiento del derecho a la intimidad de las mujeres, quienes no recibieron ninguna explicación ni fueron consultadas sobre si estaban de acuerdo con ser revisadas por otras o varias personas. La intromisión y la revisada masiva, la exposición indiscriminada de su cuerpo y de sus órganos genitales, les genera sentimiento de bronca, angustia e incomodidad.

³¹ Mari, M. **Políticas de maternidad y maternalismo político**. Pág. . Editorial .Buenos Aires 1890-1940.

“Y estaba sentada desnuda porque me dijo la enfermera que no alcanzaba con una sábana para taparme toda, y lo peor fue que en un momento veo porque la puerta había un hombre que me miraba y me sacaba una foto con el celular” (Celeste, 21 años).

“Se la coloca en un box individual. La misma se encontraba acompañada de su marido y a la vez de varios espectadores (trece personas)” (Cintia).

“La verdad no me gustó la experiencia, estaba la parturienta en posición ginecológica en la sala de pre parto con 16 residentes, 4 estudiantes de enfermería y 2 médicos de planta” (Fabiana)

“La pase tan mal, porque vi a una parturienta que la hizo caminar hasta la sala de partos desnuda, porque no había camisolines” (Eugenia).

“El observar a todas las parturientas juntas, me hizo acordar a un corral llenos de caballos. No había privacidad, ni mucho menos privacidad” (María)

En todos los casos debería brindarse previamente la información sobre la práctica que se necesita realizar, en lenguaje claro y accesible, luego preguntar si está de acuerdo es decir si consiente la práctica. En caso de negativa, la misma debe respetarse. Mientras que en el caso de consentir, se deben adoptar todos los recaudos que garanticen la realización de la práctica con el menor avasallamiento e intromisión posible en el cuerpo e intimidad de las personas.

El derecho a la intimidad se considera desde dos aspectos: como un límite a la injerencia externa y como una libertad que permite tomar decisiones que

conciernen a la vida privada.³² Estos derechos están y han sido protegidos en las múltiples normativas internacionales de derechos humanos y ha sido protegido de la siguiente manera: la CADH, en el art.11 señala que las personas tenemos derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación.

Entendemos que las personas deben tomar decisiones en condiciones de libertad de las diversas formas de coacción, amenaza, violencia. El derecho a la intimidad garantiza una esfera que nadie puede invadir, un campo de actividad que es absolutamente propio de cada individuo. En estos testimonios advertimos un avasallamiento del derecho a la intimidad de las mujeres, quienes no recibieron ninguna explicación ni fueron consultadas sobre si estaban de acuerdo, por ejemplo, con ser revisadas por otras o varias personas.

Testimonios de profesionales de la salud ponen de manifiesto las expresiones violentas que se escuchan en las salas de parto:

“Te fue fácil abrirte de piernas para tener a este chico, así que ahora abríte de piernas para sacarlo” (Juan, residente de neonatología).

“Si te gustó “ponerla” ahora hacè fuerza” (Elena, residente de pediatría).

“Si te gusto, bancátelo” (Silvia, Neonatóloga).

Resulta lamentable que momentos tan importantes como el parto, no solo en la vida de las mujeres que son madres, sino para la humanidad, se encuentren atravesados por diversas situaciones de violencia. Estos

³² Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires. 2009.

testimonios nos remiten a pensar la permanencia de concepciones que vinculan la sexualidad con el castigo en las mujeres, donde se develan una serie de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados en nuestra sociedad, a los cuales el personal de salud no escapa.

En los testimonios recogidos se evidencia la violación de varios Derechos humanos, tales como: el derecho a la intimidad que es el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, relaciones, correo, comunicaciones en el ámbito privado libre de injerencias extrañas. Para su implementación requiere asegurar el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible. La desobediencia a este Derecho es frecuente en la intromisión no consentida, en la exhibición o revisión masiva de su cuerpo, específicamente en los órganos genitales de las mujeres por parte de médicos/as, enfermeros/ras, pasantes, etc. Esta situación suele justificarse a la falta de infraestructura y a la necesaria práctica de los estudiantes de grado y post grado de distintas carreras (Enfermería, Medicina, Servicio Social, etc.).

Otro derecho vulnerado es el referido a la información y toma de decisiones, que significa el Derecho a recibir por parte de las/los trabajadores de la salud información veraz, adecuada y completa, tanto sobre el estado de salud de la persona que consulta como de las prácticas propuestas para revertir los problemas. La explicación debe ser dada en forma clara y en el idioma de la mujer (especialmente cuando no habla español); con el tiempo necesario para realizar preguntas y comprender que entendió del mensaje. La falta de información, como así también la falta de reconocimiento de las mujeres como personas con el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones se recogen en algunos testimonios.

Se entiende por discriminación contra la mujer toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y de la mujer en la esfera política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

La mujer tiene derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, la insensibilidad frente al dolor, los insultos, los comentarios humillantes, son algunos de los ejemplos que describen los malos tratos a los cuales se refiere haber recibido las mujeres en el momento de parir .La expresión que utilizan los profesionales de la salud es determinante en cuanto a la violencia que transmite.³³

³³ Ley Nacional 25.929



CAPÍTULO 5

Conclusión

Conclusiones

Esta tesis pretende ser un aporte como profesionales de las Ciencias de la Salud, repensando el rol y posicionamiento concerniente a nuestra práctica cotidiana, por esta razón consideramos que el discurso médico hegemónico se pudo imponer a partir de la construcción de un modelo anatómico basado en sus propios parámetros de género. A pesar de que los procesos biológicos identificados eran una construcción teórica basada en concepciones culturales, fueron presentados como una verdad objetiva apelando a la idea de que en la biología se trata de hechos y no de interpretaciones. En la actualidad las concepciones de la disciplina médica con respecto a la maternidad, están siendo abordadas en diversos estudios, y resulta muy importante entender el modo en que se abordó la cuestión del cuerpo y las conductas que de él se inferían. Durante los siglos XIX y XX, la medicina, desde su lugar preeminente en las políticas del Estado, concebía a la maternidad como tarea adecuada a la psiquis de la mujer. Se consideraba que el cerebro de la mujer era de un tamaño menor que el de los varones, menos pesado y vascular, y que esto originaba características como una sensibilidad extrema, imaginación activa, atención y reflexión más constante y menos profunda que la de los varones, juicio más pronto y guiado por su sensibilidad y no por la razón. Desde esos parámetros, en la mujer, el amor, las facultades afectivas y la abnegación estaban más desarrolladas que en el varón. En cambio, las facultades morales y la ambición, eran menores.

La maternidad era considerada una "ley natural-" que se concluía de los signos diferenciales radicados en la estructura anatómica y en la función reproductora, por eso, la prédica de los médicos en torno al rol de la mujer en

el hogar y la crianza, adquiriría sentido al referirse a una corporalidad específica propia de este género.

Si la maternidad era un corolario del cuerpo, entonces las mujeres que se resistían a asumirla caían automáticamente en el terreno de la patología porque renunciaban a sus deberes “naturales”. Para que esta justificación funcionara fue necesario definir los cuerpos de las mujeres instituyendo una mirada que negaba la identidad femenina a quienes no coincidieran con las normativas impuestas. Bajo estas consideraciones, romper con ese silenciamiento impuesto por la corporación médica que negó la identidad femenina a muchas mujeres, con el propósito de sostener un discurso profundamente sexista, posibilita cuestionar la categoría de mujer como algo dado, existente en la naturaleza³⁴.

Como hemos señalado, desde la teoría feminista se han producido distintas imágenes y lecturas para pensar y poner en debate la maternidad. En este marco de referencias, es inevitable mencionar a Simone de Beauvoir, autora de *El segundo sexo* (1949), obra que produjo un quiebre con la identidad femenina tradicional, al disociar definitivamente a la mujer de la madre.

Hacia la segunda mitad del siglo XX, muchas mujeres habían tomado distancia de la función materna al reducir los nacimientos y al ejercer profesiones hasta entonces consideradas masculinas. Pero es Simón de Beauvoir quien argumenta, racionaliza, desacralizando la maternidad. La filósofa afirmaba que “con frecuencia no parece maravilloso sino más bien horrible que un cuerpo parásito prolifere dentro de su propio cuerpo, la mera idea de esta monstruosa hinchazón atemoriza...es presa de imágenes de hinchazón, desgarramiento,

³⁴Ben Pablo, *Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina*. En: Fernanda Gil Lozano, Valeria Pita y María Gabriela Ini (Directoras) *Historia de la Mujeres en Argentina*. Buenos Aires, Editorial Taurus, 2000. Tomo II.

hemorragia". Así es como describe lo vivido, sin ningún pudor, lo cual, en 1949, era un camino provocador, porque las mujeres estaban educadas para silenciar sus funciones específicas, que todavía se consideraban con vergüenza³⁵.

Desde otra visión, también feminista, Julia Kristeva afirma: "Las células se unen, se dividen y proliferan; los volúmenes crecen, los tejidos se estiran y los fluidos corporales cambian de ritmo, acelerándose o lentificándose. Dentro del cuerpo, creciendo como un injerto, indómito, hay otro. Y no hay nadie presente, dentro de ese espacio al mismo tiempo dual y ajeno, para significar lo que está sucediendo. Ocurre, pero yo no estoy allí. No llego a darme cuenta, pero continúa. El silogismo imposible de la maternidad"³⁶.

Transcurrida la primera década del siglo XXI, el pensamiento feminista ha superado la visión horrorosa de la maternidad, y reflexiona acerca de la idealización positiva de la condición materna. Así, se producen lecturas alternativas y se generan estrategias discursivas, para rechazar la cuestión tal como está formulada desde marcos teóricos tradicionales. Se cuestionan nociones esencialistas del destino femenino, se revela lo que se encuentra encubierto por las representaciones culturales de la existencia de un instinto materno, se cuestiona la noción monolítica del deseo femenino como deseo maternal.

La maternidad ha sido entendida como prisión, como engaño idealizado, como espacio de la rutina y de la opresión, pero, a la vez como espacio de placeres y deseos femeninos. Siendo que desde algunas posturas feministas

³⁵Knibiehler Y., 2001, Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Capítulo IV. La revolución materna. Buenos Aires, Nueva Visión

³⁶ Las frases se han extraído de la obra de Julia Kristeva. Citadas en: Zerilli, Linda M. Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva (Tubert Silvia, 1996, Figuras de la madre, Madrid, Ed. Cátedra (pp.155-188)

se ha reconocido a la maternidad como sede de la conservación social, lo que es sugerente, entonces, es por qué las feministas siguen teniendo hijos. Estas cuestiones surgen de la lectura de autoras de ésta línea de pensamiento a las que se debe recurrir para esclarecer la situación de dominación masculina y como incide en las situaciones de parto. El deseo de dar a luz, ha sido propuesto como una pulsión libidinal femenina, colectiva y arcaica, expresión de eterna recurrencia del ritmo biológico. Entonces, aquí surge la posibilidad de distinguir las estrategias discursivas feministas, para establecer hasta dónde la condición materna puede analizarse desde los datos de la biología formulados desde una visión masculina que deduce la función reproductora de la hembra, y por ende, su pasividad.

Frente a esa visión, Simone de Beauvoir ha manifestado que la mujer es la única de todas las hembras de mamíferos que se encuentra profundamente alienada (su individualidad es presa de fuerzas externas) y la única que se resiste violentamente a esa alienación. En el mismo lugar (el cuerpo materno) en que el científico, el médico, el sacerdote y el filósofo, inscriben la coexistencia dichosa de la madre y el futuro hijo, Simone de Beauvoir inscribe el conflicto y la diferencia.

Kristeva, por su parte, entiende el embarazo como la apropiación del cuerpo y la identidad de la mujer por un cuerpo extraño, un intruso, y encuentra en la resistencia de la mujer a la especie (vivenciada en los dolores de parto y los efectos del puerperio) la ilusión de un control del cuerpo que la madre proyecta en la fragmentación, el “devenir madre” de su embarazo. Y dice que el cuerpo materno es el lugar de una escisión que persiste como un factor constante en la realidad social. A través de un cuerpo, destinado a asegurar la reproducción

de la especie, el sujeto-mujer, aunque se encuentra bajo el dominio de la función paterna (como sujeto hablante, simbólico, como todos los demás), es más que nada un filtro, una vía de pasaje donde la "naturaleza" enfrenta a la "cultura".

Esta tesina se inscribe en el campo de estudios sobre la maternidad, y por eso es pertinente mencionar a Simone de Beauvoir como pionera en tratar a la maternidad como objeto científico, para lo cual acude a la biología, pero también a la historia, la psicología, la mitología, el derecho, socavando tanto el lenguaje de lo emocional (el sublime amor materno) como el de la moral (maternidad como deber al servicio del niño, de la patria, de la especie).

Simone de Beauvoir, cuestionó la naturalidad de la función materna y postuló que la significación del embarazo es ambigua. Así, la autora relata los casos de mujeres que desean tanto retener como expulsar el feto, mientras otras experimentan el embarazo como un enriquecimiento, como hay quienes lo viven como una disminución del yo, y también encontramos mujeres que dicen que están orgullosas de su vientre que se dilata, a la vez que otra que percibe que su cuerpo se deforma.

El orden patriarcal no se puede cuestionar asignando a las mujeres un espacio ajeno al discurso, sino sólo modificando su posición dentro de él. Estas complejas cuestiones teóricas, se vinculan con debates jurídicos. Postular a la futura madre como no sujeto puede dar crédito a los derechos jurídicos del feto. Se puede postular que el feto como sujeto posee derechos que tienen preeminencia sobre los de la madre, cuando la madre como sujeto hablante ha sido obliterada, reducida a un mero recipiente reproductor. De modo similar, la llamada maternidad de alquiler también se funda en el silencio de la mujer-

madre. De acuerdo con Simone de Beauvoir, debemos insistir en el lenguaje femenino y en el establecimiento de un límite simbólico dentro del cuerpo materno, ofreciendo una estrategia para cuestionar la dominación desde dentro de la representación y la significación y no desde el lugar de una biología que resiste de una manera muda.

Desde una perspectiva histórica, dos fenómenos resultan claves en la historia de las madres y la maternidad: el establecimiento de los estados de bienestar y el crecimiento de las ciencias biológicas. Las políticas natalistas fueron impulsadas desde los Estados luego de la Primera Guerra Mundial, respondiendo a objetivos diferentes, de acuerdo con los países y los regímenes, pero sus métodos fueron universales. La licencia por maternidad, el seguro por maternidad, las políticas familiares orientadas a ayudar a los padres de niños, futuros ciudadanos, que no sólo había que alimentar, sino también, educar³⁷

Nos interesa rescatar la conclusión que formula Knibiehler (2001): las mujeres dan a luz cuando la colectividad las ayuda a recibir y a criar a sus hijos. Estos tienen que ser deseados no sólo por quien los trae al mundo, ni siquiera por la pareja, sino por una colectividad solidaria. La maternidad no pertenece únicamente a la vida privada, no es solamente la expresión de un deseo femenino, ni del amor de una pareja, responde a una necesidad social primordial: la renovación de las generaciones, de la supervivencia del grupo.

Si bien los poderes públicos y privados aseguran servicios que en el pasado quedaban reservados a la institución familiar, los maestros, los educadores, jueces, policías, se ocupan de las políticas familiares, pero lo hacen desde "su"

³⁷Knibiehler Y., 2001, Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Capítulo IV. La revolución materna. Buenos Aires, Nueva Visión.

lugar, encerrados en el campo desde el que intervienen. La madre queda con frecuencia reducida a un papel de ejecutante, percibiendo que no basta con “querer” a su hijo para traerlo al mundo y asumir su crianza y bienestar. Esta ansiedad, estrés y decepción, genera aumento de patologías en la relación madre-hijo, pues el hijo es tan víctima como la madre. La maternidad, como todos los vínculos familiares, es una dialéctica de autonomía y de la dependencia. En la sociedad contemporánea, esta dialéctica tiene que atravesar grandes obstáculos. Cuando los poderes públicos son neutrales creen respetar la libertad de las mujeres, pero, en realidad, le están poniendo una trampa. Pues la que le hace un lugar al deseo de tener un hijo se ve de pronto enfrentada a tareas y responsabilidades mucho más abrumadoras si se piensa que tienen que agregarse a actividades disociadas de la vida familiar.

Maternidad y ciudadanía política están vinculadas, las mujeres eligen la maternidad, pero lo hacen en el marco de un horizonte colectivo, y esto exige el reconocimiento de los otros. Cada madre impone la vida a su hijo, esta decisión instala un sujeto-madre detrás del sujeto-mujer. Al hijo deseado se le debe lo mejor, no sólo en la vida privada sino en la ciudadanía y en el mundo. La mujer que da a luz se implica en la vida política no sólo como mujer, sino además como madre. Las mujeres, plantea Knibiehler (2001) contribuyen más que los hombres no sólo a engendrar sino también a organizar la ciudadanía de mañana, a darle un sentido. La familia nuclear ha dejado de ser el lugar esencial de la reproducción biológica y la reproducción social. Cada generación es responsable de la siguiente. Si la conciencia materna inspirara la conciencia política de las mujeres, quizás la conciencia paterna inspiraría la conciencia política de los hombres. El interés de las generaciones futuras podría

convertirse en un poderoso motor de cambio social, y gestaría muchos proyectos para desarrollar la democracia del siglo XXI.

Finalmente esa democratización de la sociedad y la cultura sólo será posible si desde el Estado se generan políticas públicas que permitan suprimir los efectos traumáticos de la violencia de género instalada en el tejido social, desde nuestro lugar proponemos estas reflexiones con la intención de explicitar los mecanismos q reproducen esta forma de violencia en el campo de la salud



CAPÍTULO 6

Bibliografía

Biografía:

- Bock, G. La historia de las mujeres y la historia del género: Aspectos de un debate internacional. Pág. 8. España. 1991.
- Bourdieu, P. La dominación masculina. Pág. 20 ED. Anagrama. Barcelona. 2000.
- Bourdieu, P. Sociología y Cultura. Pág. 40 .ED Grijalbo .México. 1990.
Cap. 1. "El método en sociología". ED. Ferreira. Colección Enjeux.
- Checa, S. Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Pág. 39. Editorial Paidós SAICF. Buenos Aires. 2003
- Combessie, Jean Claude, 2005. Descubrimiento y recolección de los datos.
- Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires. 2009.
- De Gialdino, Irene Vasilachis. Métodos cualitativos I los problemas
- Gamba, S. Diccionario de estudios de género y feminismos. Pág. 84. 2º Edición. Buenos Aires. 2009
- Giberti, E. Fernández, A. La mujer y la violencia invisible. Pág. 16-18. EDIT Sudamericana. Buenos Aires. 1989
- Gutman, L. "Parir en libertad". Pág. 43. Editorial . Lugar . año
- Kessler, G. Lazo social, don y principios de justicia: sobre el uso del capital social en sectores medios empobrecidos. Artículo basado en una parte del capítulo v de tesis de doctorado, Le processus de pauperisation de la classe moyenne argentine (1975-1996) en la École des hautes études en sciences sociales, Paris.
Latina.

- Lins Ribeiro, Gustavo. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo
- Maglio, F. "La dignidad del otro". Pág. 109. Editorial Libros del zorzal. Buenos Aires. 2008.
- Mari, M. Políticas de maternidad y maternalismo político. Pág. . Editorial .Buenos Aires 1890-1940.
- Marshal, T, trabajo de "Ciudadanía y clase social" presentado en 1949 en una conferencia en Cambridge. Pág. 65-69. 1986-1993.
- Paterman, C. El contrato sexual .Pág. 50. ED Anthotopos. Barcelona.1995.
- Pineda, E. Alvarado, E. Metodología de la investigación. Pág. 104. Organización panamericana de la salud. 2008.
- Revista Venezolana de estudios de la mujer. Caracas. Enero/ Junio 2009. Vol. 14/ N° 32 sobre la perspectiva antropológica. En: Descotidianizar. Buenos Aires. Teórico- epistemológicos. Pág. 43-56 Centro Editor de América
- Videla, M. Maternidad mito y realidad. Pág. 176. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1990



CAPÍTULO 7

Anexos

Institución Privada

...”Mi primer hijo nació en un hospital del gran Buenos Aires en el año 2007, y me asuste mucho cuando a la Sra. que estaba en la cama de enfrente le pegaron con una revista cuando grito de dolor durante un tacto, a mi solo me gritaron y me ataron las piernas, no me podía mover, estaba muy incomoda y me sentía muy sola teniendo a mi bebe que nació por parto natural.

Mi segundo hijo nació en Mar del Plata en el año 2009, y esta vez pensé que sería distinto porque con mi marido teníamos obra social y podríamos ir a una clínica, no me ataron pero me gritaron, me retaron, no dejaron que pase mi marido y a mi bebe no lo pude ver hasta después de tres horas”...

Elena, 34 años

Institución Privada

...” Tengo muchísimos recuerdos de mi embarazo, por empezar que me costo muchísimo encontrar un profesional que me haga sentir cómoda, ya que en mi condición de madre soltera,(estigma social sobre la maternidad en condiciones de “soltera”, visualiza su situación como dramática sin llegar a objetivizar lo valeroso de afrontar una maternidad distinta) condición que para mi era muy dolorosa no encontraba contención en ninguno de los consultados, como ya estaba en la semana 26 de gestación me decido y opto por uno, obviamente no era lo que esperaba pero los controles eran necesarios, las vivencias son numerosas, en uno de los controles se me confundió con otra paciente durante toda la consulta, se confundió el sexo de mi bebe y al final de la consulta cuando le digo al medico que yo no era esa paciente no solo se enoja, sino que me dijo: _ es que vos sos muy susceptible, embarazada estas no?.

En otra oportunidad, ante una crisis de llanto el médico me dijo: _ no sos la única madre soltera! no sos el ombligo del mundo, y no llores! en ese mismo momento cambie de médico.(nuevamente se hace referencia al estigma social masculino).Con el nuevo profesional (cuarto consultado y con quien finalicé el embarazo) las cosas parecían un poco más amenas, salvo por su detalle insistente con el tema de que como estaba con sobrepeso tendría si o si cesárea porque según el "las gordas no pueden hacer fuerza", con exceso de peso, y leve hipertensión arterial inducida por el embarazo decidí ser la protagonista de mi parto y hago un intento de inducir mi trabajo de parto con la acupuntura ya que el obstetra me había sentenciado : " si para el lunes no dilatas, te meto al quirófano", ese mismo día tomo una sesión de acupuntura y se inicia en pocas hs un leve trabajo de parto, llego a la guardia de la clínica con 1 cm de dilatación pero con hemorragia, como no se sabia el origen de la misma, y siendo las 23 hs entro a quirófano, mi hijo nació por cesárea de urgencia, elimino meconio, y el neonatólogo me lo mostró de lejos, y de un mas lejos lo escuche decir; " es un varón, 3800"!!!, durante la cirugia el obstetra me retiro la sabana que me impedía ver lo que ocurría y gritándome me dijo:_ y vos querías parto normal??. mira como elimino meconio!! Lo ibas a matar!! Me invadió la desesperación, el miedo y hasta que no lo escuche no me tranquilice, pero como pedía que me lo dejen ver, me administraron anestesia y me desperté cuando me sacaron del quirófano, recién pude ver a mi hijo a las dos horas, aun bajo el efecto de la anestesia, las palabras de mi madre fueron: te durmieron porque te pusiste nerviosa, cuando lo único que quería era saber como estaba mi bebe..., la mañana siguiente, el ultimo comentario de mi

obstetra fue: “ y ahora ponete las pilas, porque tus piernas hacen el cuerpo de ella”, refiriéndose a mi compañera de habitación”...

Tamara, 20 años

Institución Pública

...” Lo único que fue que me trataron mal fue cuando me fueron a limpiar por dentro, porque nació por parto normal, porque me hacía doler, yo le decía al médico que me haga mas despacito y le médico me dijo :_ “ mama tenés que relajarte y dejarme trabajar”, yo le pedía que me de algo para el dolor y me dieron algo recién cuando baje de la camilla, mi mama no pudo pasar porque la sacaron cuando entre y recién me pudo ver cuando llegue a la sala”...

Celeste, 21 años

Institución Pública

...” Me da mucha vergüenza contarle esto, como ve soy gorda, de chiquita soy gorda y con el embarazo quede mas gorda, cuando vine a tener al bebe me dijeron que las gordas no podemos hacer fuerza y me dijo que me programarían la cesárea, la cuestión es que en el quirófano me dijo de todo el medico ese que me ponía una aguja en la espalda porque me decía: estás tan gorda que no entra la aguja!!, te comiste una vaca o siempre fuiste gorda??, a mi me daba mucha vergüenza lo que me decían, y veía como se reían todos los que estaban ahí, y estaba sentada desnuda porque me dijo la enfermera que no alcanzaba con una sabana para taparme toda, y lo peor fue que en un momento veo por que por la puerta había un hombre que me miraba y me sacaba una foto con el celular, yo estaba sentada desnuda y lo vi, y cuando

pregunte quien era ese Sr. que dijeron es el doctor fulano porque no me acuerdo el nombre ese Sr. se fue, desapareció pero escuchaba que se iba diciendo mira la foto!!, cuando termine todo y quede sola en la camilla esperando que me lleven a la sala volví a preguntar por el que había sacado una foto y nadie supo decirme nada, es mas me dijeron : te pareció mamá.”...

Carolina, 29 años

Institución Privada

...” Hasta último momento no sabia si tendría mi bebe en el hospital o en la clínica, al final del 3er trimestre mi marido consigue un trabajo en blanco y paso a tener obra social y así mi hija nació en la clínica, el tema es que cuando fui a la entrevista con el obstetra le dije que a mi me interesaba el parto en cuclillas ya que hace años que tengo mucho conocimiento de mi cuerpo, y me dijo : _ nosotros acá no permitimos las posturas distintas, porque nos manejamos con el parto en la camilla, te ponemos el goteíto y así nace tu bebe”, como estaba decidida a no permitir que invadan mi cuerpo, hice todo el trabajo de parto sola en mi casa, y me tocaba la vagina imaginando mi dilatación, y cuando sentí que ya nacía me fui a la clínica, cuando me revisaron tenia 9 cm de dilatación, la bolsa la había roto minutos antes sola en casa, no deje que me toquen , pero la episiotomía no la pude evitar porque me dijo que era para evitar que me desgarre”...

Cintia. 23 años.

Institución Pública

....“Me atendí el embarazo en un Centro de Salud. 15 días antes de la fecha probable del parto me derivaron a un hospital público. Me internan un día por la mañana cursando 42 semanas de gestación. Al ingreso me realizan tacto, como tenía 1 cm. de dilatación; deciden colocarme goteo de oxitocina.

Recuerdo que fue un día que el hospital se encontraba de paro. Solicite que pasara mi marido, obteniendo una respuesta negativa.

Observaba que había residentes que estaban con libros leyendo. Uno de ellos quedo controlando mis contracciones, este se quedaba dormido. Yo lo despertaba, el me comentaba que estaba realizando muchas guardias; yo le respondí que culpa mía no era.

Yo necesitaba cambiar de posición, porque no aguantaba más. Me respondía que no. Cuando vinieron a realizarme una ecografía, le dije que no me la realicen porque estaba con mucho dolor; esta persona me dijo: Si le pasa algo a tu bebe, va hacer culpa tuya.

Deciden romperme bolsa. Seguía pasando el tiempo, yo no daba más. Pedía que me hicieran cesárea, me respondieron: Todas piden lo mismo.

Cuando llegue a la dilatación completa, fui caminando hasta la sala de partos.

Le pido a la obstetra que no realizara episiotomía, ella me responde que sí la iba a realizar porque sino a los 40 años iba a tener prolapso. En unas de las contracciones sentí que me corto porque sufrí mucho dolor. Cuando nació mi bebe no me lo dejaron ver. Pase una hora sola y sin tener a mi bebe.

Lo que me tranquilizaba, es que era el único bebe que había nacido”...

Marisel, 22 años.

Institución privada.

...”Siempre espere tener un parto natural, cuando fui a la consulta con el obstetra este me reviso, me hizo tacto y me dijo que el bebe estaba alto y que por la tarde empezaría a tener dolores y que fuera a internarme, que esperaríamos una hora y después me pondría un suero con medicación para ayudar al bebe a nacer y esperaríamos otra hora más para el parto. Esto nunca sucedió sino que vino a buscarme el camillero con la enfermera y me dijeron que me llevaban a quirófano para una cesárea, yo pregunte por que si todavía no había empezado con dolores, la respuesta fue que el doctor había conseguido turno en quirófano ahora y que tenían que llevarme; al médico no lo volví a ver desde el control que me hizo por la mañana en el consultorio. A mi marido le hicieron comprar la ropa para entrar al quirófano, cuando me llevaron a cirugía el no estaba porque fue a abonar el equipo, entonces mi suegra quiso entrar conmigo y no la dejaron cuando el llego tampoco pudo pasar porque decían que había mucha gente en el quirófano, así que al final tuve mi bebe sola sin mi marido, sin mi suegra, y sin mi familia que estaban en Formosa y no podían venir, entre a cirugía con mucha angustia y miedo.

En cirugía me explicaban rápido lo que me iban a hacer y me colocaron en una camilla con las piernas dormidas y con los brazos extendidos, cuando nació me lo mostraron rápido y no lo pude tocar se lo llevaron y después me lo trajeron vestido con la ropa que les había dado ahí pude darle un beso pero no tocarlo porque tenia los brazos con aparatos que no podía moverme y se lo volvieron a llevar.

Cuando llegue a la habitación me lo llevaron y me lo pusieron al pecho pero no podía manejarlo bien porque estaba dolorida me lo dejaron y se fueron.

A mi medico no lo volví a ver hasta el día que me dieron el alta, todos esos días vino a verme otro al que le preguntamos con mi marido por que me hicieron cesárea y no sabía que contestarme.

Cuando fui a mi casa mi cuñada que es enfermera me dijo que fui una “tarada” por haber dejado que me hicieran la cesárea, que podía haberme negado, yo le conteste que ella sabe como son las cosas porque tiene un estudio y que yo esta era la primer vez que tenía un hijo y la primera vez que estaba en una situación así, por lo que no podía hacer otra cosa que lo que el médico dijera tenía que confiar en él, yo no tengo estudio de enfermería ni nada por el estilo.

Cuando fui al control le pregunte por que la cesárea, que el me había dicho que iba a hacer otra cosa y que no hizo nada de lo que dijo, me respondió que porque el bebe estaba alto y no bajaba, le conteste como sabía eso si el no me había revisado nunca durante la internación, no supo que decir. Al final le dije “yo deposité toda mi confianza en usted y me defraudo”.

Con el tiempo me enteré que el medico me hizo cesárea porque no quería “esperar” el trabajo de parto. Me enteré porque mi suegro lo conoce son “amigos” y le pregunto que había pasado y este se lo contó”...

Claudia, 28 años

Institución Privada.

...”Mi parto fue lo peor de lo peor, comenzó por la mañana cuando fui a consulta con el obstetra, me tacto y me dijo que todavía faltaba mucho que fuera tranquila. Cuando llegue a casa como tenía mucha hambre comí mucho. Por la tarde empecé a sentir molestias entonces voy a la clínica me revisa la obstétrica y me dejan internada, una vez en la habitación me revisa el medico,

un obstetra que no era el que me atendió durante el embarazo; en esta clínica se manejan con obstetra de guardia, te toca el que está, el tuyo no viene, bueno... me revisa y me dice que tenía 4 cm. de dilatación, rompe bolsa y dice ahora tenés 5, me pasan a la sala de pre-parto junto a mi marido, que estaba un "poco" verborágico, y la obstétrica, a quien si ya la había visto antes, ésta viendo a mi marido le pide que mejor espere a fuera. Mientras tanto yo me colocaba de costado porque era la posición en que más cómoda me sentía, de repente aparece una enfermera con guantes puestos y para cuando terminó de explicarme lo que me iba a hacer ya lo había terminado de hacer, era una enema..., claro como yo había comido... después era todo una mezcla de dolores entre ir al baño, las contracciones, higienizarme y volver a la cama. Cuando me tacto la obstétrica me dijo que tenía 9 cm de dilatación, yo tenía ganas de defecar, no sabía si era por la enema o eran deseos de pujar, le pedí por favor que me dejara ir al baño que no quería defecarme delante del médico, me dejó y no... así que me cruce caminando a la sala de parto donde ya estaba el medico lamentándose que lo estaban esperando para cenar y que justo ahora le tocaba "esto". Me colocaron en la camilla con las piernas colgando, mi marido volvió a pasar junto a la cabecera para ayudarme a pujar, yo pujaba y pujaba y el bebe no nacía sentía como bajaba cuando hacía fuerza y subía cuando dejaba de hacerla estuve así casi 1 hs, mientras tanto yo escuchaba al medico que puteaba y golpeaba cosas, dentro de las cosas que decía dijo – ¡esta vagina de mierda!-, le pregunte que pasaba que no nacía y me dijo que si yo no hacía mas fuerza el no podía hacer nada continué pujando y nada, entonces le pregunte: - y si no sale que hacemos? como diciéndole: dale vos sos el profesional toma una decisión, me dijo que iba a tener que usar

el fórceps, acepte, lo colocó me abrió puje fuerte no sé que hizo pero lo sacó; mi bebe lloro me lo mostraron y me lo pusieron encima mío pero yo no tenía fuerza para sostenerlo entonces se lo llevaron a secar y después a la neo, me faltó decir que cuando me ponen el fórceps se me sube la obstétrica y me apreta para abajo desde el pecho para ayudar a sacar al bebe.

Mientras seguía colgada y el médico seguía puteando y a los gritos pidiendo que llamen otro médico, las enfermeras le decían que estaba en una cesárea y el a los gritos pedía que venga igual, yo continuaba ahí callada y aguantando el dolor de los puntos que me daba sin anestesia y escuchando que pedía mas gasas una y otra vez. La obstétrica se acercaba y me decía ya terminamos ya terminamos estuvo más de media hora diciéndome lo mismo, a mi se me caían las lágrimas en silencio no quería decir nada para no enloquecer más al médico. De pronto llego el médico al que tanto llamaba, se acerco miro y puso cara extraña de asombro, sorpresa, espanto no se que es lo que vio pero su cara no decía nada bueno. Al final pudieron controlar la hemorragia que tenía ya que lo que me había pasado era un estallido de vagina. Cuando pudo terminar se acercó a mi me dio un beso en la frente y me dijo: - "te portaste muy bien". No conteste nada. Al final me llevaron a la habitación y me trajeron a mi bebe lo dejaron en la cuna al lado de mi cama y se fueron esto fue como a las 22hs. yo estaba agotadísima alrededor de las 4 de la mañana como no venía ninguna enfermera a verme a mi ni al bebe llame y les pregunte cuando lo ponía a la teta me retaron diciendo -¡como todavía no lo pusiste!- llamaron a la nursery, vino me lo puso y se fue, me ayudo mi compañera de habitación a darle el pecho, ponerlo en la cuna y también a levantarme, ya que no dejaban que se quedara ningún familiar, porque era habitación compartida. Desde la

habitación escuchaba el pase de guardia decían: - en 101 el parto- como si no hubiese nada, y yo que no me podía mover de dolor después de todo lo que me había pasado en la sala de parto.

Al otro día vino mi médico me reviso y no terminaba de sacar gasas. Me dijo que estaba un poquito hinchada, sí yo me sentía hinchada. Cuando se fue vino una enfermera me dio una pastilla que supuestamente era un analgésico, después me enteré que eran diuréticos.

Por fin me dieron el alta y fui a casa con mi hijo, estuve casi un mes sin poder sentarme e ir al baño sin dolor”...

Testimonios de Profesionales

Juan

Residente de neonatología, 3er año

Institución Pública MdP, 2009

...”Como trabajador de la salud, me indigna cómo en determinadas situaciones las mujeres en el momento previo a dar a luz son maltratadas oralmente psicológicamente, cuando quizás sea el instante en el cual más apoyo y sostén necesitan. En una ocasión me tocó escuchar el comentario totalmente desubicado de un profesional al decirle a una mamá mientras estaba pujando y se resistía a colocarse en una posición óptima para el parto: “Te fue fácil abrirte de piernas para tener a este chico, así que ahora abrite de piernas para sacarlo”. Sencillamente fuera de lugar y una falta total de respeto y consideración hacia la futura mamá”...

Elena

Residente de Pediatría de 2do año,

Institución Pública, MdP, 2009

...”He tenido distintas experiencias en estos tres meses de rotación por neonatología, algunas mejores que otras, todo depende de quien este como responsable del parto o del nacimiento, si bien no puedo decirte que he visto maltrato físico, si he sido testigo de comentarios (que son comunes y frecuentes) como por ejemplo: _j a ver mama Si te gusto “ponerla” ahora hace fuerza!!. Yo no se que siente una mujer en el momento de tener un bebe, porque aun he pasado por esa experiencia pero no me parece que se deba tratar así a nadie en realidad, creo que estas cosas pasan porque los médicos de planta no acompañan a los residentes, y estos están con toda la responsabilidad junta de toda la tarea de obstetricia, pero por su puesto nada justifica que traten de manera inadecuada a las pacientes”. Se que hay un grupo nuevo de residentes que están viendo como hacer para hacer partos humanizados, pero no se nada mas”...

Débora

Obstétrica

Institución Pública. MDP, 2010

...” No se las trata mal a las madres, lo que pasa que bueno, los pibes estos, los residentes, están cansados porque cuando viste que un planta esta al lado de ellos controlándolos? entonces hacen lo que quieren y lo que pueden con tantas horas de carga de trabajo y estudio, es obvio que una persona con 24 hs seguidas de trabajo no va a tener el mejor humor y bueno, por ahí les pegan unos gritos”...Y nos olvidemos que esto pasa porque además se trata de un hospital escuela”...

Silvia

Neonatóloga

Institución Pública, MDP 2009

...” Para mi ir a un parto es realmente un martirio, como profesional y como mujer, lo que puedo decir sobre violencia es que existe y que hay mucha, desde no cumplir con algo que es ley, y me refiero a que el esposo acompañe a la esposa en el nacimiento, desde gritos, el famoso “ si te gusto bancátelo”, hasta la revisión ginecológica sin un mínimo de intimidad,(sin ir mas lejos hace una semana fui a un parto y veo que el camillero estaba esperando para llevarse a una paciente, pero en la sala de parto, con las pacientes desnudas, desprovistas de un camisolín que las cubra o algo que improvisen para respetar su intimidad, y eso es asumido como “normal” por el equipo, a mi me indignan esas cosas, tuve que pedirle al camillero que se retire o espere fuera), tampoco se respeta la libre elección de cómo parir, y que decirte del trato con el recién nacido, por eso honestamente prefiero ni pisar la sala de partos o el quirófano porque realmente paso malos momento”...

Cintia

.Enfermera Universitaria

Mar del Plata, 2009

...“En una institución privada de la ciudad de Mar del Plata se traba el ascensor que va a quirófano. Ingresa la parturienta al Servicio de Terapia intensiva (se encuentra frente al ascensor), ya que se encontraba pujando. Se la coloca en un box individual La misma se encontraba acompañada de su

marido y la vez de varios espectadores: tres obstetras, una partera, una Neonatóloga, dos enfermeras de Nursery, tres enfermeras de Terapia Intensiva, una mucama, una médica de guardia de UTI y un camillero. El marido la contiene en todo momento. La partera le dice olvidate de los ejercicios que practicaste durante el curso; concéntrate en hacer caca.”

Testimonios de estudiantes de Enfermería (durante experiencia clínica en Sala de Partos o Quirófano)

Fabiana. 1996

UNMDP

...“Me toco realizar en uno de los años prácticas en un hospital público especializado en materno-infantil. Tuve que ir a la Sala de Partos. La verdad no me gusto como experiencia.

A parte no me hubiese gustado estar en el lugar de una de las parturientas. Ya que estaba en posición ginecológica en la sala de pre-parto con diez residentes, cuatro estudiantes de enfermería y dos médicos de planta. Privándole la intimidad a dicha parturienta.”...

Eugenia. 1996.

UNMDP

...“Cuando fui a realizar las prácticas a la sala de partos de un hospital publico. La pase tan mal, porque vi a una parturienta que la hizo caminar hasta la Sala de partos desnuda, porque no había camisolines.

Ella sabía que tenía que expulsar un feto muerto. Cuando lo expulsa, la dejan colocada en un pasillo desde donde podía observar que se llevaron a su bebe residentes de neonatología y practicaban como intubar al mismo”...

Carlos 2005

UDQ.

...“El día que fui a la Sala de Partos de un hospital público vi 9 partos. 4 de ellos en 10 minutos. Observé que no llegaban a limpiar la sala de pre-parto. Cambiaban las sabanas y nada más.

Los residentes de obstetricia al realizarle los tactos a las parturientas, comentaba cada uno cuanto tenía de dilatación.

Una parturienta lloraba porque tenía mucho dolor, se acerca una residente y le dice: Si te gusto hacerlo, ahora bancátelo”...

Alejandra, 2004.

UNMDP

...“Mi pasantita realizada en un hospital público fue en quirófano. Ese día ingreso una paciente primeriza de dieciséis años muy dolorida y gritando, la médica que se encontraba en el quirófano la zamarreo y le dijo: No, las cosas no son así. Hace los ejercicios que aprendiste y cállate la boca. La parturienta se callo la boca y se podía observar el miedo que tenía”...

María. 2001

UNMDP.

...“Mi experiencia por la sala de partos de un hospital público fue nefasta.

El observar a todas las parturientas juntas, me hizo acordar a un corral llenos de caballos. No había privacidad, ni mucho menos contención.

El caso que mas me impacto fue una parturienta de 16 años que tuvo su bebe que peso de 4 Kgs.; el mismo tuvo fractura de clavícula por mala maniobra de la obstetra. La misma, le comenta: Mami no te preocupes, es normal de todos los recién nacidos”...

Cintia, 2004.

UNMDP.

... “Mi paso por la Sala de Partos de un hospital público fue malo. Hasta el punto de salir del mismo, luego lo comente en un plenario que no volvería a ir de nuevo.

Vi a varias parturientas atendidas por una residente, que cada quince minutos iba y le realizaba tacto; Contaba las contracciones, mientras veía un folleto de domésticos. En la sala de partos, a una parturienta le realizaron episiotomía y le realiza un corte en el cuero cabelludo al bebe. Cuando se lo muestran a la madre, le dicen que es normal, y que en unos días se le va”...