

Los laberintos de la **VIOLENCIA PATRIARCAL**

Coordinadora:
Cecilia Canevari

Autoras y autor:

Rosa Isac

Cecilia Tamer

Horacio Pereyra

Cristina Camaño

Gabriela Salvatierra Rojo

Florencia Rodríguez Grupe

Priscila Badillo Romero

Luisina Acevedo

Virginia Palazzi

Irma Chazarreta

Eugenia Bravo

Cecilia Canevari



Facultad de
Humanidades
Ciencias Sociales
y de la Salud



Barco Edita

LOS LABERINTOS DE LA VIOLENCIA PATRIARCAL



Facultad de
Humanidades
Ciencias Sociales
y de la Salud ●

Los laberintos de la violencia patriarcal / Cecilia Canevari Bledel... [et al.]; compilado por Cecilia Canevari Bledel.- 1a ed. - Santiago del Estero : Barco Edita ; Santiago del Estero : UNSE- Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, 2019.
320 p. ; 23 x 17 cm.

ISBN 978-987-9447-29-1

1. Modalidades de Violencia de Género. 2. Derechos de la Mujer. I. Canevari Bledel, Cecilia, comp.
CDD 305.42

Ficha Técnica

Correcciones: Eva Gardenal y Cecilia Canevari

Diagramación: Noelia Achával Montenegro

Diseño de tapa: Virginia Palazzi

© Barco Edita, 2018 y Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud- UNSE
Los Fresnos 85, 4200
Santiago del Estero, Argentina. *barcoedita.blogspot.com*

Se ha efectuado el depósito que establece la Ley 11.723.

LOS LABERINTOS DE LA VIOLENCIA PATRIARCAL

Coordinadora: Cecilia Canevari

Autoras y autor:

Rosa Isac

Cecilia Tamer

Horacio Pereyra

Cristina Camaño

Gabriela Salvatierra Rojo

Florencia Rodríguez Grupe

Priscila Badillo Romero

Luisina Acevedo

Virginia Palazzi

Irma Chazarreta

Eugenia Bravo

Cecilia Canevari



Facultad de
Humanidades
Ciencias Sociales
y de la Salud ●

ÍNDICE

Dejarse interpelar.....	9
Patricia Arenas	
Palabra mínima.....	13
Cecilia Canevari	
Los contextos del feminismo: historia, teorías, derechos.....	17
Cecilia Canevari	
Tiempos modernos. Territorios de violencia en Santiago del Estero	51
Rosa Isac y Cecilia Canevari	
La cruel expresión de la violencia patriarcal: dieciséis años de femicidios en Santiago del Estero (2002-2017)	73
Cecilia Canevari y Rosa Isac	
Cuando habla el poder judicial. Sentencias por femicidios en Santiago del Estero	99
Cecilia Tamer, Cecilia Canevari y Horacio Pereyra	

Cuando nadie escucha. La ruta crítica de Lila Villalba, una historia de múltiples violencias	127
Rosa Isac	
Todo amor es político. Hacia una lectura crítica de los vínculos afectivos-sexuales en la juventud.....	149
Cristina Camaño	
Valoración de la Guía de atención a mujeres víctimas de violencias en el primer nivel de atención	173
Gabriela Salvatierra Rojo y Florencia Rodríguez Grupe	
Los derechos de las mujeres durante el parto. Autonomías en disputa	195
Priscila Badillo Romero y Cecilia Canevari	
Violencia contra las mujeres en la prensa gráfica	217
Luisina Acevedo y Virginia Palazzi	
El sexismo en la noticia: dos crímenes de personas trans feminizadas	241
Irma Chazarreta	
Cuerpos trans: la experiencia de la disidencia.....	261
Eugenia Bravo	
La Educación Sexual Integral en el aula. Tres talleres para trabajar sobre la violencia patriarcal en la escuela secundaria	281
Virginia Palazzi	
Carta a una joven que está dentro del laberinto de la violencia patriarcal	305
Cecilia Canevari	
¿Quiénes somos?	315

Los derechos de las mujeres durante el parto. Autonomías en disputa

Priscila Badillo Romero
Cecilia Canevari

La autonomía es uno de los principios de la ética que se asienta en el derecho de las personas de tomar decisiones por sí mismas y para que esto suceda, tienen que encontrar en el entorno las condiciones de posibilidad para un ejercicio respetuoso de la misma. De alguna manera se expresa también como un derecho humano y para el caso particular de las mujeres⁶⁶, la autonomía se asienta en el cuerpo⁶⁷. Porque el cuerpo femenino es históricamente un territorio de disputas que ha sido -y de diferentes maneras continúa siendo- considerado propiedad por parte de otras personas (pareja, familiares, prostituyente), instituciones (laborales, educativas, sanitarias, judiciales) o el Estado con sus políticas (demográficas, sociales, económicas). Un cuerpo- territorio sobre el cual se asume la autoridad de opinar, de juzgar, aunque también de ocupar o intervenir.

Es así que en este capítulo nos proponemos una reflexión sobre el ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres en el momento del nacimiento de un/a hijo/a, indagando sobre las dinámicas profesionales e institucionales que construyen una relación en donde se espera que ellas se adapten de modo obediente a las mismas y en donde las márgenes de ruptura para aquello que está instituido son limitadas. Y en el marco de estas disputas que apuntan al disciplinamiento, es que se presentan diversas expresiones de la violencia obstétrica.

66 Este capítulo se refiere particularmente a los procesos reproductivos que ocurren en cuerpos biológicamente de mujeres, aunque necesariamente están incluidos los varones trans.

67 Nos referimos al cuerpo desde una perspectiva integral en donde la materialidad biológica es solo un aspecto, en donde se incluye la historia, las emociones, la subjetividad, las marcas corporales, lo cultural, etc.

Nuestra mirada de este objeto se posiciona desde una perspectiva feminista que permite incorporar un marco que es teórico y epistemológico pero también ético y político ya que se propone develar dispositivos⁶⁸ en una estructura patriarcal y las injusticias que la misma genera. Estos dispositivos institucionales operan de modo disciplinar, están dentro y fuera de las instituciones sanitarias, están dentro y fuera de cada uno/a de sus agentes, con expresiones características para cada ámbito. Es por el hecho de estar subjetivado que el disciplinamiento tiene una gran eficacia real y simbólica.

En la búsqueda de comprensión nos situamos en un espacio institucional moderno, de gestión pública y hacemos un acercamiento etnográfico⁶⁹ a las relaciones de poder que circulan entre las mujeres y los/as profesionales que las atienden/ asisten/ acompañan/ cuidan. En estas relaciones un eje de tensión se asienta en la toma de decisiones como posibilidad de ejercicio (o no) de la autonomía por parte de las mujeres cuando se trata de opinar respecto de su cuerpo, los procesos que en él transcurren y fundamentalmente las intervenciones que se le realizan. Una autonomía que si bien tiene respaldos legales, se enfrenta a múltiples conflictos de poder. Este es uno de los nudos críticos para el debate que de alguna manera es transversal en este texto y que intentamos desanudar para captar el problema. Pero también es clave considerar que estas relaciones se desarrollan en el campo de la medicina donde se habilitan, naturalizan y reproducen prácticas de disciplinamiento en contextos institucionales que se sostienen en ordenamientos jerárquicos. La autonomía es entonces, una clave tanto para explicar la sujeción de las mujeres como así también la tensión con los/as profesionales que pareciera que no quieren quedar atrapados/as en las demandas y/o necesidades de las mujeres, preservando así su propia autonomía.

De modo tal que pondremos en diálogo por un lado las dinámicas de un espacio institucional de modo de dar cuenta con un anclaje empírico las autonomías en disputa y la violencia obstétrica consecuente. Asimismo intentaremos ir aportando algunas reflexiones teóricas sobre las autonomías desde una perspectiva relacional y en tensión. Asistimos a una confluencia de procesos y particularmente a una tecnocratización notable de la medicina que conlleva a que además de la persecución de las ganancias⁷⁰ que arrasa con valores éticos, resulta también en una mayor ob-

68 Entendemos por dispositivo a aquello que dispone el ánimo para hacer lo que el poder espera que hagamos.

69 Se realizaron observaciones reiteradas, entrevistas a profesionales y a mujeres dentro y fuera de la maternidad del CISB.

70 Nos nos referiremos en particular al crecimiento de la salud como un bien de mercado porque nos situamos en una institución pública. Aunque también esta lógica se ha instalado de diversas maneras

jetualización de las personas y en una distancia mayor en las relaciones vinculares. A partir de un creciente proceso de visibilización del fenómeno de las violencias, es posible también dar cuenta de la ubicuidad del fenómeno, porque transcurre en todos los ámbitos donde ocurren nacimientos incluido el domicilio. De modo tal, que si bien nos situamos en una institución en particular, sin lugar a dudas gran parte de aquello que analizamos se puede observar en grados diferentes en espacios públicos y privados y en instituciones del país y latinoamérica.

Los procesos de disciplinamiento de la autonomía de las mujeres, adquiere en los servicios de salud distintas expresiones que son modos de maltrato y violencia. Violencias que pueden ser morales o simbólicas, o pueden estar encubiertas con discursos justificatorios basados en argumentos técnicos o revestidos de cuidados amorosos o *humanizados* (Tornquist, 2003; Davis- Floyd, 2009). Pero también violencias más crueles con prácticas dolorosas y/o innecesarias, u otros tipos de violencias que vulneran los derechos consagrados en leyes nacionales y provinciales (Ley Nacional Nº 25929 y 26485 y sus decretos reglamentarios⁷¹). Hay numerosos antecedentes de investigaciones que dan cuenta sobre los modos en que las mujeres sufren maltrato en su paso por las instituciones que debían brindarles cuidados en la atención de sus procesos reproductivos (Arenas, Isac y Vivanco, 2003; Chiarotti et al, 2003; Rostagnol y Viera, 2006; Cladem, 1998; Fernández Moreno, 2007; Camacaro Cuevas, 2009; Canevari Bledel, 2011, 2014, 2017; Castro y Erviti, 2014; Badillo Romero, 2018; entre muchas otras). Estas investigaciones han tenido un crecimiento significativo durante la última década en América Latina y particularmente en nuestro país, interpelando a la medicina construida como autoridad incuestionable.

en el sector público.

71 La Ley Nacional Nº 25.929/2004 *Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento* es un texto que detalla de manera clara y operativa los derechos de las mujeres y sus hijos/as en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. La Ley Nacional Nº 26.485/2009 de *Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales* define la violencia obstétrica en el Artículo Nº 6, inciso e) como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. De acuerdo con esta ley, la violencia obstétrica se comprende como una de las *modalidades* de la violencia. Además de las modalidades, en su artículo Nº 5 clasifica la violencia en diferentes *tipos*: física, psicológica, sexual, económica/ patrimonial y la violencia simbólica. Cabe señalar que los tipos de violencia que operan como categorías explicativas, se entrecruzan para el caso particular de la violencia obstétrica y se puede afirmar que la misma se expresa a través de todos los tipos descriptos en la ley. De modo que puede presentarse una violencia obstétrica de tipo física, psicológica, sexual, económica y por supuesto también simbólica.

Una breve descripción del escenario

En el año 2015 se ha inaugurado en la ciudad de La Banda el Centro Integral de Salud Banda (CISB) *Dr. Ricardo Pololo Abdala*, en donde se han reunido tres instituciones distintas, con tradiciones, profesiones y especialidades también diferentes: el Hospital de Adultos *Antenor Alvarez*, el Hospital de Niños *Francisco Viano* y la Maternidad *Faustino Herrera*. El tránsito desde edificios antiguos, estrechos y en mal estado de conservación a una moderna edificación, amplia, funcional y con tecnologías de avanzada, ha enfrentado como contracara el desafío de asumir un proceso de acoplamiento, con conflictos en la organización y administración, ya que se han articulado una gran heterogeneidad de agentes que son diferentes en su formación, en sus criterios de trabajo y su dependencia a distintas autoridades (enfermeros/as, obstétricos/as, médicos/as de varias especialidades, psicólogos/as, educadores/as para la salud, trabajadoras/es sociales, nutricionistas, administrativos/as, personal de cocina, de limpieza, de seguridad, entre otros).

La ciudad de La Banda es cabecera del departamento Banda en Santiago del Estero, es la segunda en importancia con 106.441 habitantes (INDEC, 2010) y está ubicada a 8 km de la capital en la otra orilla del río Dulce. Esta ciudad tiene una proximidad con el área rural diferente a la capital; y por su ubicación en el territorio es punto de confluencia con el norte y noroeste de esta provincia surcada por dos ríos (Dulce y Salado). De modo tal que tiene una fluida comunicación con este mundo campesino que es extenso y poblado⁷².

Una proporción importante de las personas que llegan a atenderse en el CISB, provienen entonces de lugares alejados no solo por las distancias geográficas, sino también por las distancias simbólicas, culturales o económicas. El traslado puede ser una odisea con caminos en mal estado, escaso transporte público y costos altos. Hay localidades que están a más de 300 km y el viaje puede demorar hasta doce horas.

Desde hace algunos años se impulsa desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia una política que busca reducir la muerte de mujeres por complicaciones del embarazo, que apunta a que todos los partos ocurran en una maternidad que reúna las condiciones obstétricas y neonatales esenciales⁷³, y el único hospital de

72 El 31,2% del total de la población de la provincia vive en comunidades de menos de 2000 habitantes (INDEC, 2010).

73 Las CONE son las condiciones obstétricas y neonatales establecidas por la OMS que señala que el servicio tiene que tener: 1. Condiciones quirúrgicas: capacidad para realizar cesárea, fórceps, legrado por aborto incompleto, extracción de placenta, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, embarazo ectópico. 2. Anestésica: general y regional. 3. Transfusión de san-

la provincia que las reúne está en la ciudad capital. Entonces para las mujeres el peregrinaje comienza en el hospital local, de allí la derivan a un hospital zonal, de allí a la Maternidad de La Banda y si hay complicaciones al Regional Ramón Carrillo que debe receptor todas las derivaciones porque es el último eslabón del sistema sanitario, donde se encuentra una terapia intensiva equipada y con anestesista las 24 horas. La demanda al servicio de maternidad del CISB va en aumento cada año, atendiendo 3360 en el año 2016 y 3700 partos en el año 2017 de los cuales 35% corresponde a menores de 18 años (Datos del Servicio de Estadística del CISB). Sin embargo, el CISB enfrenta una escasez de médicos/as especialistas lo cual conduce a constantes derivaciones generando malestar en la población usuaria y entre los/as trabajadores/as del hospital.

Volviendo a poner la mirada en la institución en sus aspectos arquitectónicos-estructurales, el CISB tiene una doble circulación. En su parte frontal está el acceso para el público y en su parte posterior el acceso exclusivo para el personal. El acople de las tres instituciones mencionadas se organizó en tres pisos: la planta baja es un espacio común en donde está la guardia de urgencias general, la admisión general y los consultorios externos de maternidad, pediátricos y adultos. En el primer piso está el servicio de maternidad, en el segundo adultos y en el tercero niños/as. Acceder a estos servicios no es complicado, pues se cuenta con rampas de acceso, escaleras, ascensores y buena señalización.

La guardia es general, o sea que puede llegar una persona que ha recibido un disparo de bala, otra con una pierna infectada por una gangrena, un niño con catarro o una mujer en trabajo de parto. De allí se distribuye a las diferentes áreas de la atención (adultos/as, niños/as y mujeres embarazadas). En relación a los consultorios externos de la especialidad cabe destacar que la denominación “consultorios de maternidad” incluye a todas las consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. De modo tal que allí concurren mujeres que tienen un quiste de ovario, un flujo molesto, un aborto espontáneo o provocado, pero también una mujer que pide un anticonceptivo oral o la colocación de un DIU (Dispositivo Intrauterino). Todas estas mujeres demandan respuestas en cuestiones que no tienen relación con la maternidad y lo mas sorprendente es que allí también funciona el servicio de atención a los/as adolescentes, con una política que apunta a evitar los embarazos en este grupo. Pero deben asistir al consultorio denominado “de maternidad”, aunque sea un varón joven, quizás homosexual quien busca un preservativo. En el

gre segura. Poder realizar grupo y factor, contar con banco o reserva renovable de sangre. 4. Tratamientos médicos: eclampsia, shock, sepsis. 5. Asistencia neonatal inmediata: reanimación, control térmico. 6. Evaluación del riesgo materno - feto – neonatal: listado de factores de riesgo. 7. Transporte oportuno al nivel de referencia: Contar con teléfono, radio, vehículo permanente (Resolución MSN 348/2003).

Hospital Regional Ramón Carrillo el cartel en la puerta del Programa de salud sexual y procreación responsable dice *Planificación familiar* con el mismo efecto de desalentar a las personas que están lejos de la idea de planear una familia.

Esta mirada sobre las mujeres = madres (reales o potenciales) es recurrente en los servicios de salud y también ciertamente en la sociedad en su conjunto. Pero en el plano de la atención y de las políticas sanitarias tiene consecuencias que van desde el hecho de ahuyentarlas, a otras mas graves como cuando se les impone valores morales que atentan contra los derechos al ejercicio de la propia autonomía. Porque si para las instituciones de salud, las mujeres somos primero madres, no se responderá con la misma priorización a otras tantas necesidades que tenemos. No se trata de un simple cartel, se trata de una decisión política que tiene consecuencias sobre el acceso a la salud por parte de las personas.

En este sentido cabe destacar que la Maternidad de La Banda ha sido declarada en el año 2001 "Amiga de la Madre y el niño" que es una iniciativa que impulsa UNICEF. Y la mirada vuelve a centrarse en el niño o la niña porque para obtener el privilegio de recibir esta denominación se trata de promover el amamantamiento y no necesariamente garantizar los derechos de las mujeres y los/as niños/as a un parto respetado⁷⁴.

Cruces de fronteras

Las instituciones son ese espacio en donde se traspasa del ámbito privado al público. Pero particularmente para nuestro caso, este cruce de fronteras, esta ruptura es simbólicamente intensa. Porque un embarazo es un evento que desde el momento de la concepción ocurre en la intimidad, es un evento sexualizado, ya sea que ese hijo/a se hubiera concebido con amor o desamores. La alegría o la desolación, la ilusión y el miedo son sentimientos que acompañan al embarazo. La presencia o ausencia de una pareja, las redes de contención o la soledad, son procesos vividos en la intimidad. Y el ingreso a la maternidad opera como una eclosión brutal, como una ruptura, como una traslación de asuntos privados y personalísimos al espacio público. Porque de alguna manera la vida sexual y pri-

74 Obviamente esta reflexión no apunta a cuestionar la campaña de UNICEF como institución dedicada a la infancia, sino al hecho de que no hay iniciativas semejantes en las cuales se jerarquicen las necesidades y los derechos de las mujeres. Hay una solapada misoginia en las políticas y las prácticas sanitarias que subalterniza a las mujeres priorizando a los/as niños/as. Asimismo se desconoce el carácter sinérgico de las políticas que si se respetan los derechos de las mujeres, esto redundaría en beneficio de los/as niños/as.

vada de las mujeres, se hacen públicas y se les pregunta sobre si el embarazo fue deseado, si tiene pareja, si tiene otros/as hijos/as, se indaga sobre su sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y estos asuntos se conforman en un asunto médico. Pero además su cuerpo pasa a ser un cuerpo expuesto, donde otras personas opinan, examinan, observan, sacan sangre, miden, estudian, tocan, exploran, tactan.

Cuando una persona ingresa a un hospital pasa a ser un/a paciente y entra en un mundo en donde se establecen relaciones de anonimato. En este tránsito se dejan de lado las redes de cuidado que la acompañaron hasta la puerta y se dejan de lado sus pautas culturales. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados que son definidos por otros/as y es medicado e intervenido, apartándola de sus vínculos sociales. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/os profesionales que la asisten. Se limita su autonomía, sus decisiones, porque queda subordinada a los conocimientos expertos. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital, sufre un enajenamiento. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto y además porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia. Además las mujeres cruzan otra frontera que es la de llegar embarazada y salir siendo madre y encontrarse cara a cara con un/a hijo/a. Aunque en otras muchas ocasiones se retiran luego de un aborto o con un embarazo que terminó con el feto muerto.

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

El ingreso al servicio de maternidad es a través del consultorio de admisión. Este consultorio está bajo la responsabilidad de una obstétrica y el/la médico/a presente se encuentra en la guardia general atendiendo las consultas de todas las especialidades y ante la ausencia de un/a médico/a con la especialidad tocoginecológica es el/la mismo/a profesional que debe acudir cuando se lo requiera. El consultorio de admisión es considerado por parte de las/os profesionales obstétricas/os un espacio clave para este cruce de fronteras al que hacíamos mención. Aunque se reciben consultas diversas, fundamentalmente aquí se hace una minuciosa valoración de la mujer embarazada o en trabajo de parto y se toma la decisión sobre si requiere internación. Surgen algunos malestares por

la ubicación entre quienes trabajan en ese consultorio, porque afirman que la guardia general de urgencias es un lugar caótico para atender, con mucha concurrencia y movimiento de personas y además afirman que disponen de un espacio reducido con escasa privacidad. Las obstétricas que se desempeñan en esta área son la cara visible del servicio de maternidad, deben dar soluciones, informes y respuestas constantemente.

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

El área de internación se divide en dos salas, por un lado se encuentran las mujeres puérperas y las mujeres embarazadas con alguna patología, que pueden estar con trabajo de parto o no; y por otro lado están las mujeres usuarias en trabajo de parto normal, es decir aquel en el que no hay complicaciones o antecedentes de riesgo. Las habitaciones de las salas están ubicadas paralelamente al sector de enfermería conformado por dos mesadas grandes donde se encuentran los medicamentos, utensilios y las historias clínicas. Las habitaciones son amplias y luminosas, con dos camas, un armario y baño con agua caliente. De modo que las mujeres están en su habitación durante el trabajo de parto.

Cabe destacar que las mujeres están acompañadas con algún familiar tanto en sala de internación como en la sala de partos. Aunque en la sala de internación se le solicita que sea un familiar de sexo femenino debido a que se comparte la habitación con otra usuaria. En sala de partos tiene acceso el/la acompañante que la mujer elija sin distinción de sexos. Y en el área de puérperas únicamente las mujeres que transitaron por una cesárea tienen un acompañante permanente, las demás mujeres solo reciben visitas en el horario establecido⁷⁵.

75 Lunes a sábado de 10 a 11 hs, de 16 a 17 hs y de 19:30 a 20:30 hs. Domingos de 16 a 18 hs.

Sin embargo, hay personal de salud que opinan que la presencia del familiar genera conflictos, porque reclaman y exigen todo el tiempo:

... a mí me ha tocado ver muchas veces cómo maltratan a las obstétricas (Entrevista a paramédico⁷⁶, 2016).

Con un enfoque diferente, otros/as profesionales opinan que la presencia de un familiar les brinda protección, al observar y ser testigo de la atención brindada. Es frecuente escuchar:

¡Usted está de testigo de todo lo que se le ha hecho!”, “¡mire!, ¡qué mal se porta!”, “¡mire! Usted está de testigo que no se deja revisar! ¡no nos hacemos responsables! (Cuaderno de campo, 2016).

Lo cierto es que, si bien respetan el derecho consagrado en la Ley Nacional N° 25.929, son pocos/as los/as profesionales que lo reconocen como tal y además pareciera que el/la familiar es una persona intrusa y no siempre bienvenida.

Cuando la mujer ha avanzado en su trabajo de parto se la traslada al centro obstétrico⁷⁷, que está conformado por cuatro habitaciones llamadas box de dilatantes, dos salas de parto, un quirófano y una habitación llamada de recuperación. Al llegar a este sector ella elige la persona que la acompañará en el parto y pasa a una de las habitaciones hasta que su trabajo de parto comience la última fase del nacimiento, momento en que se la ubica en la sala de parto. Posteriormente, pasa a la habitación de recuperación, que es una pieza con tres camas donde estará durante unas dos horas, para luego ser trasladada a la sala de púerperas junto con su recién nacido/a. Aunque la intención es que el proceso de atención del nacimiento se realice en áreas contiguas, el traslado de un lugar a otro, resulta incómodo para una mujer que está con los dolores propios del parto. Toda la infraestructura es nueva, moderna, con tecnologías tales como la apertura automática de las puertas con clave, hasta la aparatología presente en la sala. El sillón para el parto es arti-

76 Personal técnico del servicio de atención de emergencias, enfocado en la atención pre-hospitalaria el cual acude y atiende a las emergencias médicas y de trauma siguiendo protocolos de intervención necesarios para estabilizar la condición del/la paciente y luego transportarlo/a hacia una institución hospitalaria.

77 Sector que tiene la finalidad de que el trabajo de parto, nacimiento, recuperación y atención del/a recién nacido/a estén en áreas próximas unas a otras. El mismo es un espacio de acceso semirestringido al equipo de salud, usuarias y acompañantes. Siendo el quirófano la única área de acceso restringido. Tal como lo menciona la Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad (Resolución MSN 348/2003).

culado pero no se cuenta con otras opciones como por ejemplo un banco para el parto vertical. Cuando entramos a la sala de parto lo primero que se visualiza es a la mujer con las piernas abiertas. Si sencillamente se orientara la cabecera de la camilla hacia la puerta, se cuidaría la privacidad e intimidad de las mujeres.

La rutina como estrategia contrafóbica

Prácticas como la episiotomía a toda mujer que tiene un parto por primera vez, las cesáreas innecesarias sin indicación absoluta o la posición horizontal en todo parto normal, siguen siendo realizadas de manera naturalizada por los/as profesionales. Durante la atención del parto, las mujeres son acostadas con la mirada al techo, desnudas o con un camión que solo cubre los pechos, con las piernas en alto, sin formas de sujeción que les facilite hacer fuerza y con la sensación de estar entregadas pasivamente a la actuación de médicos/as y parteras/os. La elección de esta posición es justificada porque se argumenta que permite a quien asiste controlar mejor el estado del niño/a por nacer, así como resolver cualquier posible complicación. Sin embargo, lo que pocas veces se dice, es que ésta se elige porque garantiza principalmente la comodidad del/la profesional. De igual manera en las instituciones es habitual el uso de diversos procedimientos como la monitorización fetal⁷⁸, la colocación de una vía intravenosa y los exámenes de tacto vaginal periódicos, que son cuestionados por ser considerados innecesarios pero también porque pueden llevar a intervenciones equívocas (Badillo Romero, 2015).

En la atención del parto, con frecuencia se opta por continuar con las prácticas que ya están establecidas sin cuestionar. Existen numerosas acciones que se apartan de la conciencia y se efectúan mecánicamente sin pasar por el tamizaje de la reflexión: “Si funciona ¿por qué cambiarlo? (Obstétrica, 2017)”.

Porque la pregunta es ¿para quién funciona?, esta efectividad frecuentemente está valorada por el beneficio que le otorga al personal de salud. Lo cierto es que hay muchas verdades supuestas y gran parte de las acciones que se realizan cotidianamente no tienen una justificación concreta; incluso cuando se cuestiona a los/as profesionales sobre esto, lo explican diciendo *así me enseñaron*.

78 Ya en 1985 en la Declaración de Fortaleza la OMS recomienda: No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal.

Pero muchas de estas prácticas son aprendidas del docente o compañero/a de trabajo mas antiguo/a a modo de imitación

... se aprende con el ritmo de la práctica conforme a la experiencia y con lo que hacen los demás, al tener resultados positivos se adquiere y se suma a la práctica personal (Obstétrica, 2016).

Un ejemplo de esto es el llamado “seriadito”⁷⁹, la dilatación manual y también las intervenciones realizadas en periodo expulsivo del trabajo del parto como la estimulación manual del pujo o la maniobra de ir ampliando el canal de parto colocando los dedos en las paredes laterales de la vagina, estirando conjuntamente con el pujo. En ningún texto de obstetricia están mencionadas estas prácticas, sin embargo se utilizan cotidianamente. De tal manera que podemos afirmar que los aprendizajes son empíricos y por imitación: se ve, se aprende, se hace y luego esa persona que ya aprendió, repite el procedimiento. Es tan simple como esto. Se hace así y no hay tiempo para preguntarse por qué. Este hecho nos obliga a preguntarnos sobre el cientificismo de las prácticas médicas, porque pareciera que la medicina es una técnica que se aleja de la duda científica y la búsqueda de evidencias como fundamento de aquello que se realiza. Viene de generación en generación, y aquello que se aprende, se internaliza y se hace habitus, requiriendo de un gran esfuerzo de la conciencia para ser modificado.

La formación de las profesiones médicas es extremadamente jerarquizada, en donde se aplica una pedagogía de la exigencia (a veces sin sentido) y en cierto modo cruel, requiriendo sacrificios inmensos para alcanzar un título o una especialidad. En especial durante las residencias, se despliegan tremendos malos tratos que se van superando a medida que se avanza en la escala. Toda esta lógica remite a la formación militar autoritaria, que educa por imitación; restringe el pensamiento crítico y desensitiza ante el dolor de las personas (Davis-Floyd y St. John, 2004; Castro, 2014a; Canevari, 2017).

El Ministerio de Salud de la Nación tiene numerosas normativas y guías destinadas a los/as profesionales para la atención de las mujeres y los/as niños/as publicadas en su página web⁸⁰. Resulta particularmente significativo que en la *Guía*

79 Es un término usado para la estimulación hecha en el periodo de dilatación del trabajo de parto combinando en una dosis aplicada cada 15 minutos, cifoespasmo o buscapina (un antiespasmódico), metoclopramida (un antiemético) y dexametasona (un antiinflamatorio esteroide).

80 Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, Atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015); Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013); Emergencia Obstétrica

*para la atención del parto normal*⁸¹, no figuren las leyes nacionales (Nº 25.929 y Nº 26.485), que especifican los derechos de las mujeres durante el nacimiento e incluyen la violencia obstétrica. Contiene instrucciones precisas sobre la atención del trabajo de parto y parto que se incumplen sistemáticamente, como por ejemplo el hecho de que recomienda no poner una vía endovenosa a las mujeres cuando ingresan o no ubicar en posición horizontal para el período expulsivo del parto, o la episiotomía rutinaria.

Pareciera entonces que en la institución tienen normas precisas, que pueden variar de acuerdo a los criterios del/a médico/a a cargo de la guardia -porque cada maestro tiene su libro-, pero estas normas son implícitas o se hace explícitas de boca en boca, sin acogerse necesariamente a criterios científicos o las normativas del Ministerio de Salud. No hay normas escritas en la Maternidad. Se evidencia una paradoja aquí que es el hecho de que posiblemente no exista otra actividad profesional con tantas normas o protocolos para orientar sus prácticas como la del sector salud, (OMS, OPS, CLAP, MSN) pero a su vez en los servicios pareciera regir la anomia o la regulación basada en aquello que a partir de la rutinización se ha transformado en habitus, sin fundamentos científicos, legales o éticos.

La violencia obstétrica en el parto

El momento del parto está lleno de instrucciones e indicaciones para la mujer: *¡sube aquí!, ¡quídate la bombacha!, ¡abre las piernas!, ¡puja!, ¡hacé bien la fuerza!*. Generalmente, es un momento muy activo, estresante, rápido, donde frecuentemente se escuchan órdenes a la mujer para que puje o haga fuerza, pareciera que todos los presentes en ese momento tienen el derecho de conducir el parto

(2012); Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia (2010); Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo (2011).

81 En la Carrera de Obstetricia (FHCSys-UNSE) y en las maternidades como ámbitos de formación circula como material de referencia para la atención de las mujeres embarazadas las Propuestas Normativas Perinatales que fueron editadas en el año 1993 por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Nación, que contiene: Tomo I: Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Y se continuó una serie integrada por 4 tomos más: Tomo II: Atención de las patologías perinatales prevalentes, 1995. Tomo III: Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, 1998. Tomo IV: Atención del parto de riesgo, 1998. Son textos ampliamente difundidos, utilizados actualmente aunque ya no figuran en la página Web del Ministerio de Salud de la Nación y han sido reemplazados.

(obstétrica/o, enfermera/o, identificador/a, neonatóloga/o), dándole indicaciones u órdenes como:

“¡portate bien!”, “estás haciendo mal la fuerza, la haces en la cara”, “¡hacé la fuerza abajo, como si estuvieras haciendo la caca!”, “¡hacé bien la fuerza, que al bebe le hace mal estar tanto tiempo abajo!”, “¡no levantes la cola que te vas a desgarrar!” (Cuaderno de campo, 2016).

Se usa el miedo y la amenaza del riesgo bajo estas expresiones para culpabilizar a las mujeres ante posibles complicaciones. Se espera que la mujer tome una postura dócil y sumisa, frecuentemente se escuchan frases dichas por el personal a las usuarias en referencia al comportamiento de la mujer en la sala de parto, como premio, como aliento, como estímulo. La violencia psicológica, apunta a la culpabilización y responsabilización a las mujeres de aquello que no sucede como se espera. El miedo que de por sí está presente por las circunstancias propias de un nacimiento, es reforzado y utilizado para realizar amenazas sobre diferentes riesgos, a la vez que otorga el contexto de posibilidad para patologizar e intervenir.

“¡te portaste bien gordita!”, “¡qué bien que te la bancas mami!” (Cuaderno de campo, 2016).

La infantilización de las mujeres (*mami, gordita*), es parte de una estrategia de demarcación del lugar de la subordinación o minorización. En el campo de la medicina, la imagen construida de las mujeres es la de ignorantes, exageradas, mentirosas, negligentes, necesitadas de atención, consejos, soluciones. Se las ha asociado a la enfermedad, como seres naturales y vulnerables, necesitadas de control, disciplinamiento y tutelaje. Las prácticas médicas infantilizan a las mujeres y sus familias como una estrategia de demarcación del lugar de la subordinación. Consideradas como niñas son evaluadas, con una mirada distante que las enjuicia culpabilizándolas por el incumplimiento de los mandatos de maternaje y sanitarios (Nari, 2004). Hay una violencia emocional que se disfraza con mensajes de cariño, “*vos no quieres que le pase nada a tu bebé*” que produce una ruptura en los argumentos racionales y apela a lo emotivo y por supuesto también a la culpa. Pero luego cuando se tiene que explicar las razones de una intervención o de una complicación o resultado adverso, el lenguaje se transforma y ya no es el dirigido a un infante sino que muta a un lenguaje encriptado, de difícil comprensión. Ese lenguaje que usan los/as profesionales médicos/as se expresa verbalmente, pero también por escrito en las recetas y en la historia clínica.

El disciplinamiento y la violencia a través del uso del tiempo, es otra estrategia de dominación que encuentra sus correlatos en muchas instituciones y situaciones. Se considera que cuanto más rápido suceda un parto, más satisfactorio es para el personal. Entonces, todas esas prácticas intervencionistas son justificadas principalmente por la sobrecarga en el sistema hospitalario con el propósito de hacerlos lo más cortos posibles y adecuarlos a los tiempos del/a profesional, priorizando las necesidades de la institución y del personal. Lo cierto, es que obedecen más a un hábito, a una rutina, incluso a veces funciona como una marca o identificación sobre quien interviene, que es catalogada/o como eficiente, *deja la guardia limpia* porque el objetivo es que todos los trabajos de parto en una guardia terminen ese mismo día. Esto da cuenta de la fragmentación de la atención en donde cada día de la semana se produce una ruptura con el día anterior y con el siguiente; hay un nuevo comienzo con criterios diferentes, se renueva todo el personal sin posibilidades de brindar una continuidad que respete los ritmos que transitan las mujeres. Si por algún motivo queda algún trabajo de parto para la guardia siguiente, se dice que el profesional es *pésimo/a o vago/a*.

...nosotros no queremos medicalizar el parto, si no se va desviando nada podemos esperar, pero está la enfermera que también está apurando, está el médico que te está apurando y que «¡dale!, ¡dale!», y vos tienes cuatro box de dilatantes y los cuatro están ocupados, «¡no! ¡empecemos a apurar!, empecemos a laborar (haciendo gestos de comillas con las manos)», porque esto del parto sin intervención⁸² es como que es el trabajo para la vaga, es esa la idea y no es así... (Obstétrica, 2016).

Entonces la atención del parto se torna en una cascada de intervenciones en donde las mujeres aún sin haber sido clasificadas como *embarazadas de alto riesgo*, son nominadas como pacientes para poderlas tratar como tales. Cada una de las intervenciones trae diferentes perjuicios al proceso del trabajo de parto y parto e induce a una nueva intervención que a su vez llevará a otra. La colocación del suero intravenoso⁸³ se justifica para garantizar una forma rápida de actuar por si se pre-

82 El programa de parto sin intervención recientemente se incorporó, por lo que aún existen resistencias entre el personal, poco compromiso, falta de capacitación, difusión y promoción del mismo a todo el personal de la institución y a la población usuaria.

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

senta una emergencia, pero para evitar que se les infiltre la vía no se les permite deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación sean más lentas. Entonces se le pasa por la vía intravenosa un oxitócico para estimular las contracciones y se rompen artificialmente las membranas. Al incrementar la intensidad y la frecuencia, las contracciones son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer y obviamente de quienes la atienden. Al acostarlas en posición horizontal disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, que conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además como a ella le están suturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente su hijo/a, generando una situación de angustia para la madre, retardando el inicio de la lactancia y el *imprinting* o apego de la hora denominada *sagrada*.

Dicha sucesión de eventos medicalizados y patologizados aseguran *la eficacia* del trabajo profesional y un *guardarse las espaldas* frente a cualquier emergencia ocasional, todo ello por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres, pero sobretodo de sus derechos y autonomía. Los/as profesionales insisten en que esas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento de la institución (Camacaro Cuevas, 2009). La incertidumbre, miedo e inseguridad son una constante en los/as profesionales, de modo que tener una rutina de trabajo les da la sensación de seguridad, para mantener el miedo a raya y darles una sensación mayor de confianza y control sobre lo que podrían ser resultados inciertos.

Lilia Blima Schraiber (2010) señala que hay un modo de resistencia de los/as profesionales que se expresa en una actitud que ella llama “la excusa tecnológica”, porque se asienta en una incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres. De modo tal que estas rutinas se fundamentan argumentalmente en esta excusa cuando las mujeres demandan otra posición, o evitar el uso de medicamentos, o el corte en su perineo.

Además cuando surgen problemas como el embarazo no deseado, el embarazo de una niña, el aborto o la violencia íntima muchos/as profesionales quedan sin capacidad de respuesta. Y entonces cuando intervienen alegan que lo hicieron en carácter personal y no profesional, y se amparan en sus propios criterios para hacer frente a tales situaciones. Esto se traduce en desconocimiento de los marcos legales vigentes, de los contextos sociales, de las desigualdades de género y también en los modos en que ponen en juego sus creencias personales y religiosas que se traducen en prejuicios.

Autonomías de las profesiones en disputa

Entre los/as profesionales prevalece el miedo a las denuncias de las usuarias o familiares, el miedo a los errores, a la culpa, a la acusación que se da entre pares. Es frecuente que los errores se tomen como fuente de *chisme*, o incluso se hagan burlas denigrantes al respecto, sin una mirada crítica y reflexiva de la situación, que los transforme en un incidente útil para los procesos de enseñanza-aprendizaje, puesto que los errores existen y todos/as los han cometido. No hay contención, dirección y acompañamiento adecuados, no existe una corrección oportuna y prudente, sino más bien discusiones, retos, gritos, enjuiciamiento al/a compañero/a, como una manera de reafirmar la posición y jerarquía, el poder sobre el/la otro/a.

De igual manera la delimitación de roles entre los/as profesionales de la salud produce tensiones y competencias, así como una disputa entre autonomías. Los partos normales, en la institución observada, son atendidos por las/os obstétricas/os. Cuando existe algún antecedente de riesgo, una patología presente o surge alguna complicación, es el/la médico/a gineco-obstetra quien asiste. Esas son las directivas, aunque sin embargo el escaso personal médico especialista dificulta esa disposición. La ausencia de este/a especialista en la guardia genera que las obstétricas tengan que atender consultas ginecológicas realizando prácticas de competencia médica. Algunas obstétricas han optado por negarse, lo que ha causado confrontaciones entre enfermeras y obstétricas, y entre médicos/as y obstétricas. Existe un marco legal⁸⁴ que delimita el ejercicio de dichas profesiones:

... todos conocemos esta ley, pero a veces nos arriesgamos y cedemos ante la presión, la necesidad y la urgencia (Obstétrica, 2016).

Entonces quienes no ceden a realizar prácticas médicas son señaladas/os como *incompetentes, ignorantes o vagas/os*; al respecto una obstétrica menciona:

cuando realizamos el papel de asistente de médico y le facilitamos el trabajo, somos las mejores pero cuando no, uff! ...somos las peores (Obstétrica, 2016).

84 Ley Nacional N° 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y de las actividades de colaboración sancionada en 1967 que aún continúa vigente, delimita el rol del profesional obstétrico/a y lo pone bajo tutela médica. Existen diversos proyectos de reforma de la ley, redefiniendo los alcances para los/as profesionales de la obstetricia, pero no se ha podido avanzar en el tratamiento de los mismos en las legislaturas.

Por su parte, un médico refiere:

... el tema es que a veces están muy solas y se toman atribuciones que no les corresponde, hacen cosas, medican sin consultar, tal vez porque están acostumbradas a estar solas, pero cuando hay un médico no comunican, no todas, pero si (Médico, 2016).

Como todas las organizaciones patriarcales, los servicios de salud tienen una estructura jerárquica con una base ancha y femenina conformada por enfermeras, obstétricas y otras profesiones que están en una posición subalterna. Este grupo sostiene el funcionamiento permanente (y necesario) de los hospitales, con salarios más bajos y con escasa participación en la toma de decisiones o en el uso de los recursos.

En las instituciones se aprende una dinámica que se burocratiza y que queda incorporada como hábitus. Y las personas actúan como se espera que actúen en esa estructura jerárquica. Y si no lo hacen posiblemente reciban diferentes tipos de sanciones, castigos, boicoteos.

En la Maternidad del CISB ha crecido el número de obstétricas en los últimos años que de alguna manera vienen a suplir la ausencia de profesionales médicos/as. Ellas/os cubren todas las rutinas del servicio de modo que la guardia funciona con su trabajo. La escasez de médicos/as en el sector público de la provincia es preocupante y los/as que han ingresado a las residencias de obstetricia han renunciado por el exceso de trabajo. A las obstétricas entonces se les demanda que hagan trabajos de mayor responsabilidad y los/as médicos/as solo intervienen para una cesárea, o un legrado. Hay una tensión entre estas dos profesiones que comparten las responsabilidades de los nacimientos. Darle más protagonismo a las obstétricas se supone que alivia el trabajo de los/as médicos/as a quienes les resta la atención solamente de las complicaciones o intervenciones de mayor riesgo. De todas maneras el hecho de que el parto quede en manos de estas profesionales que son mayoría de mujeres no garantiza el buen trato y el parto respetado.

Si la autonomía es un concepto relacional, donde se juega el poder, es necesario valorar cómo la medicina profesional tiene una historia en la que se sostiene la autonomía como una característica intrínseca, que permanentemente lucha por mantenerla cuando surgen amenazas a la misma. Lilia Blima Schraiber (2010) aporta a la comprensión de este tema:

Se trata de la *autonomía profesional* en el campo de la atención a la salud, autonomía que se origina como característica central del trabajo de los médicos con la reconstrucción de la práctica médica en la Modernidad (Ribeiro

y Schraiber, 1994; Schraiber, 1995a) y que constituye hoy día uno de los focos principales de tensión y conflicto de la práctica médica contemporánea (Schraiber, 2008). (...) La autonomía de los médicos fue, en mi opinión, el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula. O como lo menciona Freidson (1970a; 1970b), un poder de disciplinar y evaluar a los otros y simultáneamente de permitir regularse o evaluarse únicamente por sus mismos pares (Schraiber, 2010:15).

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

... cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional (Schraiber, 2010:16).

Es así que estas autonomías profesionales se ponen en tensión obviamente con las autonomías de las mujeres a quienes asisten, pero también hay otras tensiones

que operan en las autonomías- dependencias de los/as profesionales de la medicina que están vinculadas al acceso y uso de tecnologías o fármacos, y las dependencias con las corporaciones que responden con frecuencia a intereses particulares o transnacionales.

¿De quién es el cuerpo de las mujeres hospitalizadas?

Aquello que emerge como dificultades interpersonales en espacios institucionales, hoy no podemos dejar de señalar su relación con las estructuras económicas y políticas construidas históricamente que habilitan la producción, reproducción, perduración, como así también el crecimiento de la violencia. Una prioridad histórica de los patriarcados es el control de la sexualidad y la reproducción femenina. La sujeción de género es primordial a otras formas de dominación.

El momento de un nacimiento pone en jaque nuestra autonomía, porque podemos afirmar *mi cuerpo es mío, mi cuerpo es un territorio donde ejerzo mi soberanía*, pero en esos momentos necesitamos sentir confianza hacia un entorno que nos acompañe y nos dé la seguridad de que estaremos cuidadas ante cualquier eventualidad que surja. Pero uno de los obstáculos para el reconocimiento de la autonomía de las mujeres en los servicios de maternidad, está dado por la sencilla razón de que los cuerpos son considerados fundamentalmente por sus procesos biológicos, donde priman las cuestiones anatómicas o fisiológicas, con la tecnología y los medicamentos como sostenes de todas las prácticas. Si el cuerpo es considerado un objeto material, poca relevancia tiene su voluntad, sobre todo si recordamos que la prioridad de un parto es que *el/la niño/a nazca bien*. Es así que una pregunta que resuena una y otra vez es ¿De quién es el cuerpo de las mujeres cuando se internan? Los/as profesionales no la alcanzan a comprender. Y no alcanzan a comprender porque apunta a un tema medular a las prácticas médicas y al patriarcado. El cuerpo de las mujeres es un territorio materializado y bajo dominio institucional. Cuando las mujeres llegan a la guardia e ingresan al servicio quedan enajenadas, su cuerpo efectivamente ya no les pertenece. Pierden la soberanía sobre ese espacio tan personalísimo como es el territorio corporal.

En estas relaciones un eje de tensión se asienta en la toma de decisiones como posibilidad de ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres cuando se trata de opinar respecto a su cuerpo y los procesos que en él transcurren. Una autonomía que -como ya dijimos- tiene un respaldo legal, se enfrenta a múltiples tensiones de poder. Este es uno de los nudos críticos para el debate que de alguna manera transversaliza la problemática y necesario para la comprensión. Pero tam-

bién es clave poder comprender que estas relaciones se desarrollan en el campo de la medicina donde se habilitan, naturalizan y reproducen prácticas de disciplinamiento en contextos institucionales que -como ya dijimos- se sostienen en ordenamientos jerárquicos.

Porque además hay un saber que está concentrado en quienes acudieron a una institución de enseñanza superior, de modo que es necesario que las mujeres sean obedientes. En otro orden el/la sujeto/a actúa en consonancia con su entorno, las prácticas, los usos que hacemos del cuerpo son producto de la socialización, que luego se tornan espontáneos.

Hay razones patriarcales para vigilar la autonomía de las mujeres que se develan con mayor fuerza cuando analizamos cómo, a pesar de que los cambios en el plano formal (leyes, programas, planes) trajeron aparejado el reconocimiento del derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear con libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, no se han modificado los modos en que el Estado, le da significado y asigna unos destinos a la sexualidad para las mujeres. Una sexualidad exclusivamente definida por la maternidad y la heterosexualidad obligatoria, legitimada por argumentos biomédicos que ignoran e invisibilizan no solo la diversidad de orientaciones sexuales, sino que también niega la opción a la no-maternidad. A su vez niega la educación para una sexualidad integral que no esté ligada a la procreación, o a los procesos de salud-enfermedad e inclusive el placer sexual. Como expresa Claudia Anzorena (2006) existe un límite invisible que impone el patriarcado, que las leyes y las políticas no pueden traspasar; configurándose ellas mismas en una trampa patriarcal.

Esto da cuenta del proceso de aprendizaje y de naturalización de la violencia que promueve una normalidad de la crueldad con umbrales de tolerancia cada vez más altos y la ruptura de vínculos empáticos (Segato, 2016). Roberto Castro (2010:150) plantea que “la génesis escolar de un habitus profesional autoritario jugará un rol determinante en el problema de la violación de los derechos de las mujeres, mas adelante durante los años de la práctica profesional”. Afirma además que los aprendizajes se focalizan para trabajar con las incertidumbres, con la atención distante, el manejo de errores y fracasos, además de cierto cinismo (Castro, 2014b).

Este tipo de alienación se aprende y fue entrenada durante los largos años de la academia, donde a los/as estudiantes se les enseña a evitar la implicación emocional con sus pacientes. A pesar de que el toque y el cuidado afectuoso son herramientas poderosas para un trabajo de parto, es raro ver a los/as profesionales que den apoyo emocional a las parturientas (Davis- Floyd, 2000).

Rita Segato (2003) sostiene que la violencia es inversamente proporcional a la reflexión. Es medular la habilitación de espacios de debate, lectura y reflexión para hacer visible y desnaturalizar la violencia, para poder impulsar estrategias de trans-

formación de las prácticas. Si estas prácticas se ubican fuera del plano de la conciencia y la voluntad como actos impensados, lo cual da cuenta -como ya hemos dicho- de la complejidad del fenómeno, si se hacen visibles se podrá reflexionar sobre ellas.

Bibliografía

- Anzorena Claudia (2006) Reflexiones en torno a las sexualidades en las Políticas Públicas en Mendoza: las sexualidades esperadas, las invisibles y las exiliadas. Cuaderno de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Octubre (31): 283-300, UNJu. San Salvador de Jujuy.
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa; Vivanco, Luisa (2003) *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. CDRom. Runa. San Miguel de Tucumán.
- Badillo Romero, Priscila (2018). "Diálogos sobre el nacimiento: tensiones entre la hegemonía biomédica y la autonomía de las mujeres. Santiago del Estero, Argentina". En Georgina Sánchez Ramírez y Hanna Laako (editoras) *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Badillo Romero, Priscila (2015) *Las opiniones de los/as obstétricos/as sobre el parto vertical*. Trabajo final de grado (inédito). FHCSys- UNSE. Santiago del Estero.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009) "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, jun. 2009, vol.14, N°32, p. 147- 162.
- Canevari, Cecilia (2017) Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres. Autoonomías, derechos y violencias. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=1 [Consulta noviembre 2018]
- Canevari, Cecilia; Arosteguy, Julieta; Rigueti, Natalia y Vallejos, Clara (2014). *Hacia la identificación de prácticas de violencia obstétrica en el marco de la ley nacional 26.485*. Libro de Resúmenes del 2º Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública. Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación. CABA.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco edita, FHCSys y UNSE. Santiago del Estero.
- Castro, Roberto (2014a) "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. Ciudad de México.
- Castro, Roberto (2014b). "Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica". *Salud colectiva*. 2014;10(3):339-351.
- Castro, Roberto (2010) *Teoría Social y salud*. Lugar y Universidad Autónoma de México. CABA.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2014) "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista CONAMED. Vol 19, núm. 1.* (enero- marzo 2014) Pag 37-42. Ciudad de México.

- Chiarotti, Susana; García Jurado, Mariana; Auciá, Analía; Arminchiardi, Susana (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR, CLADEM. CABA.
- CLADEM -Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer- (1998) *Silencio y complicidad*. CRLP y CLADEM, Lima.
- Davis-Floyd, Robbie (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Creavida. CABA.
- Davis-Floyd, Robbie (2000) "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". In *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.
- Davis-Floyd, Robbie y St. John, Gloria (2004) *Del médico al sanador*. Creavida. CABA.
- Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud (1993), *Propuestas Normativas Perinatales Tomo I, II, III y IV*.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth (2007) "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Revista Gerencia y Políticas de salud*, Vol. 6, número 012. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Ley Nacional Nº 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y de las actividades de colaboración (1967)
- Ministerio de Salud de la Nación (2003) Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad. Resolución 348. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=2858&word=> [Consulta agosto 2018]
- Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos. Buenos Aires.
- Rostagnol, Susana y Viera, Mariana (2006). "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud". En Checa, Susana (compiladora) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós. CABA.
- Schraiber, Lila Blima (2010) "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate". En López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) (2010) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo.
- Segato, Rita Laura (2016) *La guerra contra las mujeres*. Traficante de sueños. Madrid.
- Segato, Rita Laura (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes/ Prometeo. Bernal.
- Tornquist, Carmen Susana (2003) "Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S419-S427, 2003.