

Dos dedos en “V”: entre resistencias y revictimizaciones. Una etnografía feminista de los hitos de la politización del parto.

Fornes, Valeria Lucía.

Cita:

Fornes, Valeria Lucía (2018). *Dos dedos en “V”: entre resistencias y revictimizaciones. Una etnografía feminista de los hitos de la politización del parto* (Tesis de Maestría). Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Buenos Aires, Argentina.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pGee/pSG>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

ESCUELA
HUMANIDADES

Dos dedos en “V”: entre resistencias y revictimizaciones.
Una etnografía feminista de los hitos de la politización del parto.

Tesis para optar por el título de
Magíster en Estudios de Familia

Tesista: **Prof. Valeria Lucía Fornes**
Directora de Tesis: **Dra. Karina Felitti**

Noviembre, 2018

Resumen

Esta tesis propone una genealogía feminista del proceso de politización del parto en Argentina, a partir de la descripción densa de una serie de hitos del trabajo de campo. Estas “escenas” vertebran los capítulos para explorar la relación entre teoría, política y emociones. El proceso abordado da cuenta del agenciamiento colectivo e individual en la elaboración de estrategias de promoción de derechos y protección contra las violencias en el marco de la atención de parto-nacimiento y las instancias de investigación e implicancia en el campo de la autora, ya que la autoetnografía aparece como narrativa privilegiada para presentar algunas escenas y problemas.

Desde ese marco, el trabajo recorre tres grandes objetivos interrelacionados y situados desde el abordaje antropológico feminista:

- Reconstruir las instancias nodales en el proceso de politización del parto, a partir de reconocer las diferentes narrativas de experiencias y modelos/idearios que intervienen.
- Reflexionar sobre las emociones en el trabajo de investigación y la propia incidencia en el campo.
- Explorar los alcances, tensiones y límites de ciertas representaciones y prácticas políticas de sensibilización y erradicación de la violencia obstétrica.

La escritura de la tesis no sigue una cronología tradicional de los acontecimientos sino una genealogía de anudamiento de los problemas. El periodo de indagación comienza con la sanción de la Ley 1.040 de Acompañamiento durante el Parto de la Ciudad de Buenos Aires (2003) y la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado (2004); toma como nodo central en la politización del parto el periodo entre la sanción (2009) y la reglamentación (2010) de la Ley Nacional 26.485 de Violencia de Género; y finaliza con el despido de las directoras de la Maternidad Estela de Carlotto (2017), institución pública modelo, garante de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Acerca del título

Un ángulo de 45°, la separación máxima entre dedo índice y mayor. Significaciones encontradas, multívocas; no siempre contradictorias aunque ambivalentes. En movimiento, tales dedos pueden simular piernas que caminan; piernas que entran en tensión y se plantan, o bien que se inmovilizan buscando la sujeción. La mímica de la tijera puede ser un juego de manos que define una decisión, una victoria, o bien una cicatriz inminente y permanente en el cuerpo de las mujeres. Los mismos dedos son el instrumento que abre la carne íntima, para volverla pública y medible a través de sucesivos tactos vaginales que dirimen si ahora es cuando una mujer está lista para parir. Finalmente todos esos simbolismos que traducen vulnerabilidades y violencias, pueden subvertirse y alzarse con los mismos dedos en términos de (im) pensadas e (im) posibles victorias. Las del cuerpo, que se erige como anclaje de un sujeto que puede decidir su propia historia o, al menos, negociarla.

Introducción

El feminismo ama otra ciencia: las ciencias y las políticas de la interpretación, de la traducción, del tartamudeo y de lo parcialmente comprendido. El feminismo trata de las ciencias del sujeto múltiple con (como mínimo) doble visión. El feminismo trata de una visión crítica consecuente con un posicionamiento en el espacio social generizado no homogéneo.

Donna Haraway, *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*.

El feminismo impacta en nosotras mismas, en nuestras trayectorias, obliga de una manera sin igual a revisarnos, escrutarnos y repensarnos.

Mónica Tarducci y Débora Daich, *"La pasión no se enseña": Transmitiendo el oficio de investigar con perspectiva de género*.

En lo referido al parto, en 2019 se cumplirán quince años de la sanción de una ley nacional de promoción de derechos y diez años de la sanción de una ley nacional de protección contra las violencias: la Ley Nacional N°25.929 de *Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*, sancionada en 2004 y reglamentada en 2015 y la Ley Nacional N°26.485 de *Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales*, sancionada en 2009 y reglamentada en 2010. El pasaje de la "promoción" a la "protección" en materia de derechos reproductivos que incluyen el parto, ocurre en un marco de interpretación que lee la violencia de género como problemática social a erradicar y sancionar de políticas de Estado.

Esta tesis aborda desde la antropología feminista el proceso de politización del parto, a partir de escenas de mi travesía etnográfica entre 2003 y 2017. El trabajo de campo fue contemporáneo a la sanción y reglamentación de las leyes mencionadas, la fundación de agrupaciones, la difusión de informes ministeriales, la inauguración de instituciones de salud y otras instancias donde el parto tomó estado público en forma de políticas e incidencias. Entiendo por "politización" a "todas las acciones colectivas o individuales tendientes a instalar en la arena pública el debate en pos de la transformación social de las prácticas biomédicas" (Fornes y Jerez, 2018: 4) consideradas como "violentas", "perjudiciales" o "no respetuosas". El término "parto" incluye los nacimientos por vía vaginal o cesárea.

Este trabajo está desarrollado como una genealogía de nudos problemáticos donde convergen documentos (leyes, ponencias propias, bibliografía) y experiencias (activismos, observaciones y charlas durante viajes, eventos institucionales y rondas de

mate), escenarios donde las narrativas de experiencias de parto brotan y circulan anclando agenciamientos individuales y colectivos. Los testimonios que se citan textualmente o se nuclean en sus aspectos recurrentes fueron relevados en entrevistas etnográficas individuales y grupales, y principalmente en observación participante en eventos recorren un amplio espectro de localizaciones y contextos. Mi incidencia en el campo es parte de las reflexiones y problematizaciones acerca de la politización de la experiencia y de la relación entre teoría, política y emociones.

Las escenas elegidas resultan de una relectura del trabajo de campo desde una perspectiva diacrónica. De ese modo, los encuentros etnográficos se resignifican y datos que habían quedado como residuales o contextuales adquieren un sentido histórico. A través las escenas e hitos persigo el objetivo de reconstruir las narrativas y modelos desde los cuales se tensan representaciones y prácticas acerca de cómo debe ser un parto humanizado/respetado y cómo debe prevenirse la violencia obstétrica.

El proceso de politización acerca de un evento definido por el mismo campo etnografiado, como “natural”, “íntimo” -e incluso- “sagrado” es en sí mismo problemático. En ese sentido, resulta importante resaltar el carácter social, público y político del parto. Desde ese marco, deseo resaltar algunos hechos, que se suman y enlazan a las leyes específicas, de modo de contextualizar brevemente la etnografía.

En 2003 el Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) de Argentina junto con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) publicaron el informe “Con todo al aire”, sobre la atención en salud reproductiva en los hospitales públicos en Argentina y los derechos que son vulnerados en la atención obstétrica a las mujeres en ellos (derecho a la integridad personal; a la privacidad e intimidad; a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud; a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes; y el derecho a estar libre de discriminación). En 2008 los resultados de la Encuesta Perinatal, desarrollada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) y el Ministerio de Salud de la Nación dio a conocer estadísticas sobre las prácticas en la atención de parto-nacimiento que mostraron la distancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y pusieron en evidencia la falta de cumplimiento de la Ley 25.929 en lo concerniente a la garantía de acompañamiento durante de trabajo de parto y el parto.

En el ámbito académico, en 2009 se realiza el I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: “Debates y prácticas en torno a Violencias de género”, desarrollado en la Universidad Nacional de Córdoba. Su objetivo fue promover el intercambio de saberes y prácticas entre los espacios académicos, las instituciones públicas y las

organizaciones de la sociedad civil, para articular esfuerzos tendientes a la erradicación de las violencias de género. En esa ocasión se presentaron dos trabajos de universidades nacionales (Santiago del Estero y Buenos Aires) que identificaron como “violencia de género” ciertas prácticas obstétricas, como la episiotomía de rutina y las prácticas de residentes sin consentimiento de las usuarias. Estos trabajos fueron enviados a ese Congreso antes de la sanción de la Ley 26.485, que finalmente nombraría como “violencia obstétrica” tales prácticas, entre otras que se describen en los capítulos de la tesis.

Paralelamente a estos eventos, entre los años 2000 y 2011 se fundaron organizaciones que -con diverso nivel de formalidad institucional y proximidades o distanciamientos con el movimiento feminista- se instalaron como promotoras de derechos relativos al parto-nacimiento. Menciono las de mayor incidencia para Buenos Aires (provincia y ciudad): la Asociación Civil “Dando a Luz” y la Fundación “Creavida” en 2000, el Centro de la Mujer “Cuestión de género: mucha tela para cortar...” en 2009, la colectiva “Maternidad Libertaria” en 2010 y la agrupación “Las Casildas” en 2011.

En octubre de 2009 inició sus clases la Escuela Sociopolítica de Género creada en el área de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Esta iniciativa partió de un sector académico y militante feminista intergeneracional que en el verano del mismo año, gestó un espacio de formación integral para el liderazgo social y político con perspectiva de género. Con una duración de dos años, el título otorgado fue de Técnica/o especializada/o en la Promoción Sociopolítica de género. Esta formación reunió a lideresas barriales, sindicales y de organizaciones de la sociedad civil, entre ellas dos miembros de “Dando a Luz”.

En 2011 se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con el objetivo de implementar en conjunto con organismos nacionales, provinciales y municipales y organizaciones sociales, las tareas vinculadas con la elaboración de sanciones a la violencia de género establecidas por la ley N° 26.485. Fuera del marco institucional estatal, pero persiguiendo una incidencia social más amplia para visibilizar y denunciar públicamente la violencia obstétrica, la organización “Las Casildas” lanza en 2015 el Observatorio de Violencia Obstétrica. Este Observatorio se propone relevar, visibilizar y desnaturalizar esta modalidad de violencia. En 2012 se inaugura la primer sala de parto de acuerdo a la Ley 25.929 en el Hospital Municipal de Morón “Ostaciana B. de Lavingolle”. Un año

después, en 2013, se inaugura la Maternidad “Estela de Carlotto” en el partido de Moreno, Provincia de Buenos Aires, con un modelo institucional basado en la garantía de derechos sexuales y reproductivos, tanto en el marco de las leyes mencionadas como en la Ley Nacional Nº 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002).

Las instancias mencionadas, aunque impulsadas desde diferentes ámbitos, y enunciadas aquí de manera fragmentaria, están entrelazadas en un marco amplio de políticas gubernamentales y no gubernamentales, académicas y no académicas, personales y políticas, que no agotan la totalidad de los fenómenos y organizaciones relativos a derechos en la atención del parto. Sin embargo, este recorrido somero ofrece una serie de escenarios, que opera a veces como trasfondo y otras con absoluto protagonismo en el trabajo de campo realizado y en el análisis que recorre esta tesis.

La organización de los capítulos sigue una lógica de anudamiento de problemas, que no necesariamente sigue una cronología convencional. En cada uno se exploran los alcances, tensiones y límites de las narrativas y modelos de atención o conceptualización de la atención perinatal. En los primeros tres capítulos doy cuenta de las principales categorías y métodos de la investigación, los antecedentes y mi implicación intersubjetiva en el campo. el primer capítulo “La tesis: apuntes teórico-metodológicos” explico el marco teórico metodológico utilizado, centralmente el de la epistemología y antropología feministas. En el capítulo 2 -“La reproducción como problema político cultural”- recupero fragmentos de la historia de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos para situar el parto como problema político y cultural. En el siguiente capítulo -“La construcción del problema: una historia encarnada”, reconstruyo el origen de la pregunta de investigación, el proceso hacia un problema abordable antropológicamente y la elaboración teórica sobre el cuerpo como *objeto* en la atención biomédica.

En el capítulo 4, “Violencia obstétrica: entre evidencias y resistencias”, relato y analizo varias escenas de campo momentos nodales de la politización del parto. Por un lado con escenas contemporáneas a la tipificación legal de la violencia obstétrica como punto de convergencia para el análisis de los modelos, de la medicina basada en evidencias y del ideario del parto humanizado. Por otro, con momentos de cristalización del ideario en dos instancias institucionales. Se trata de un período de superposición de agentes y eventos muy complejo que tensa sentidos acerca de lo que se considera deseable y saludable. La consigna “lo personal es político” y la explicitación de la opción “feminista” cobran su mayor expresión.

En las “Conclusiones”, recapitulo los hitos clave de politización de parto y doy centralidad a las emociones en el encuentro etnográfico. Luego exploro los alcances,

tensiones y límites de los modelos presentados en los capítulos y en función de estas problematizaciones, planteo preguntas a resolver por futuras investigaciones o estrategias de incidencia.

Capítulo 1

La tesis: apuntes teórico metodológicos

Sin duda vale muchísimo la pena ir siguiendo un plan al excavar. Pero igualmente es imprescindible dar la palada a tuestas hacia el oscuro reino de la Tierra, de modo que se pierda lo mejor aquel que sólo hace el inventario fiel de los hallazgos y no puede indicar en el suelo actual los lugares en donde se guarda lo antiguo. Por ello los recuerdos más veraces no tienen por qué ser informativos, sino que nos tienen que indicar el lugar en el cual los adquirió el investigador. Por tanto, stricto sensu, de manera épica y rapsódica, el recuerdo real debe suministrar al mismo tiempo una imagen de ese que recuerda, como un buen informe arqueológico no indica tan sólo aquellas capas de las que proceden los objetos hallados, sino, sobre todo, aquellas capas que antes fue preciso atravesar.

Walter Benjamin, *Excavar y recordar*. (2010 [1955])

Este capítulo compromete la explicitación del recorrido que me llevó a la escritura de la tesis: la organización y selección del corpus y el proceso de decisión acerca de qué narrar, problematizar e historizar, y sobre todo, cómo hacerlo. Como la mayor parte de este trabajo, es un escrito enlazado desde un posicionamiento teórico y político y -por supuesto- emotivo. La autoetnografía aparece casi inescindible de la forma de escribir, como una contra-narrativa o una forma de resistencia a las *stories* canónicas (Ellis y Bochner, 2000), para dar cuenta de la dialéctica entre campo e investigadora. Aunque mi biografía no sea el eje de la tesis, incidió en la forma en que encaré el trabajo y en los tiempos y angustias que me demandó la escritura.

“Necesito entender cómo un sitio en el mapa es también un lugar en la historia, dentro del cual he sido creada y trato de crear” escribía Adrienne Rich (1984: 8) en la afirmación de la importancia que tiene la “localización” de la producción del conocimiento. Siguiendo este posicionamiento, así como la propuesta de Benjamin de explicitar las capas que fue preciso atravesar en la investigación, es que encuentro el sentido de hablar de mis puntos de anclaje teórico y políticos para terminar de producir esta tesis en 2018, sobre un proceso de indagación que comienza en 2003.

1.1. La travesía etnográfica

Si trazáramos dos ejes cartesianos entre cuerpo y experiencia, los puntos de unión posibles entre los eventos de nuestras vidas serían múltiples, inabordables en su totalidad. Es así que cuando decidimos escribir y narrar(nos), siempre lo hacemos desde una elección. Un hilván contingente, pero que tiene sentido al momento de situarnos para contar una historia. Esa rememoración opera como reflexión, no como acto

contemplativo, en tanto acción que se moviliza desde el pasado en la creación de un nuevo enunciado. Nuevo, en cuanto nacido de la capacidad crítica de revisarnos, de revisitarnos.

Son diez años los que llevo encarnando el feminismo como opción política, que incluye una forma de habitar, observar, sentipensar; de situarme en la intimidad y en la calle, comprendiendo la experiencia transfronteriza de lo personal-político. En esta década ganada para mi crecimiento académico, militante y subjetivo, fui investigadora, activista, militante, fugaz consultora en el Consejo Nacional de las Mujeres¹, efímera colaboradora de una investigación clínica, estudiante, referente teórica, formadora, sujeta de estudio, docente, extensionista. En esta década comprendí que “activismo” y “militancia” eran acciones de incidencia claramente diferenciadas desde el lenguaje “nativo”, dentro del campo de la politización del parto². Aunque esa división tajante se haya distendido, las etiquetas se reactualizan en otras voces dentro del tema de embarazo, parto y crianza. Viví todo ese proceso con saltos, desplazamientos, intersecciones y entrelazamientos en el mismo tema que me convoca para la escritura de esta tesis: la politización del parto. Entendiendo por “politización” “todas las acciones colectivas o individuales tendientes a instalar en la arena pública el debate en pos de la transformación social de las prácticas biomédicas” (Fornes y Jerez, 2018: 4).

Son quince los años que llevo en esta arena política y veinticinco desde que ingresé a la carrera de Ciencias Antropológicas. Reconozco que antes de la perspectiva de género mi indagación y circular por los territorios de activismo por los derechos a un parto humanizado³ estuvieron anclados desde un abordaje sociocultural, desde una perspectiva mayormente simbólica, a la que llegué por circunstancias biográficas

¹ Fui Consultora Externa en el Área de Abordaje Territorial del Consejo Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social de septiembre de 2010 a enero de 2011. Proyecto: Acciones de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres- Ley 26.485. (PROYECTO PNUD ARG 09/016) Renuncié a la renovación de mi contrato al ganar un cargo de planta (incompatible con otro cargo público) en la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA, donde aún trabajo. Desde 2017 el Consejo Nacional de las Mujeres pasó a llamarse Instituto Nacional de las Mujeres, como ente descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

² Desarrollaré esta diferenciación en el capítulo 4.

³ “Las acciones llamadas “humanizadoras” responden contra la tecnificación o medicalización del parto-nacimiento priorizando los vínculos humanos, las decisiones y los afectos. En cambio, el concepto “parto respetado” focaliza sobre el respeto por los tiempos psicológicos y fisiológicos. Si bien “humanización” es el concepto que históricamente se ha cristalizado a nivel regional a través de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), anualmente en el mes de mayo se celebra la Semana Mundial por el Parto Respetado donde convergen las distintas actividades y propuestas del ideario de estas iniciativas.” (Fornes y Jerez, 2018: 4). En la tesis utilizaré “parto humanizado o respetado” indistintamente ya que no es central en este trabajo profundizar sobre en las tensiones del lenguaje que implica la utilización de uno u otro término.

concretas que detallaré luego. Dieciocho años de maternidad. Cuarenta y tres de existencia.

En los últimos cinco años, creí firmemente que no era posible escribir en términos académicos sobre un problema y una historia donde yo había incidido fuertemente. El universo de “lo válido” se hacía cada vez más acotado y el carácter de “cientificidad” y “legitimidad” aún adhiriendo al cuestionamiento epistemológico feminista, reconociendo mi implicancia como investigadora, se volvía una quimera. Al menos, para un formato de tesis tradicional.

El análisis y consecuente publicación o divulgación del registro recabado en años de investigación, sólo se había acotado al corpus de los relatos de parto y las observaciones de acciones de incidencia, en la inmediatez de abstraer rasgos recurrentes para la construcción de modelos que dieran inteligibilidad a sus representaciones y prácticas y no al larguísimo proceso de campo, los diferentes territorios, protagonistas, conflictos y propuestas de los que fui investigadora y partícipe en calidad de formadora o militante. Recién cuando me vi obligada a historizar la politización del parto para introducir al problema a desarrollar en esta tesis, reconocí que no podía escindir ese recorrido del propio, lo cual condujo a adoptar una escritura vertebrada desde lo genealógico.

Se trata de una historización no tradicional, ya que la temporalidad —a través de escenas y personajes— tendrá quiebres, superposiciones, espirales, baches y nodos de convergencia. En esa heterodoxia narrativa los saltos hacia el presente desde el que se escribe y los retrocesos para discutir lo que aún persiste y aquello que se ha podido trascender, estarán habilitados. Pretendo narrar desde “hitos” de la travesía etnográfica comprendiendo como tales “aquellas experiencias, decisiones y acontecimientos que al recordarlas se constituyen en una experiencia significativa” (Del Valle, 1996:146). Estos comprenden hechos fundantes que desencadenaron situaciones, decisiones o consecuencias, dejando huella, no solo en el recorrido académico-militante sino en la historia del fenómeno en cuestión.

Propongo un interjuego entre esos hitos y escenas etnográficos en convergencia con los nudos que leo como políticos en tanto instancias públicas para visibilizar, denunciar y erradicar la violencia en la atención del parto-nacimiento que, desde 2009, reconocemos legalmente como violencia obstétrica⁴. Una genealogía, entendida como un

⁴ Dado que esta tesis se centra principalmente en la politización del parto, no abordaré el análisis de casos de la violencia en la atención de situaciones post aborto, encuadrada también como violencia obstétrica en el marco de la ley 26.485, inciso e. El aborto aparece en la tesis, mencionado como experiencia, práctica y derecho aún no conquistado legalmente.

trabajo de recuperación de lo fragmentario y aparentemente disperso o entramado con algo de precariedad, pero que habilita “un cierto horizonte de comprensión, un cierto relato que posibilite el anudamiento del sentido y el trazado de continuidades” (Ciriza, 2008: 25).

Esta genealogía compromete recuperar algunos nudos densos de mi trabajo de campo que habían sido descartados o débilmente mencionados en mis escritos en una búsqueda de decontaminación de situaciones propias de incidencia y modificación del campo que estaba etnografiando. Esa separación, que hoy leo como ficticia y “forzada”, opacó la lectura de convergencias académicas, políticas y biográficas en situaciones que sólo pueden ser revisitadas y reinterpretadas como “hitos de la politización del parto”, desde una perspectiva histórica; hacia una (re)lectura de esos desechos y huellas omitidos. Sentía, casi de manera idéntica a como lo describe Veena Das:

El punto no era que pudiera dividir mis actividades en ámbitos claramente diferenciados que correspondieran a una división entre el trabajo académico y el activismo, que es la forma como Scheper-Hughes⁵ conceptualiza el problema, sino más bien que la forma misma de hacer antropología estaba moldeada por las necesidades de la inmediatez o el activismo (Das, 2008: 147)

Un activismo restringido, en un principio; circunscrito a la creencia en que siendo universitaria sólo produciendo textos académicos era posible aportar a la comprensión de una problemática que identificaba claramente como violencia de género. Y que no reconocía la incidencia política inmediata de circular como antropóloga feminista dentro del campo mismo de investigación. Una transformación dialéctica permanente era lo que ocurría entre investigadora y campo, entre el acto de interpelar y ser interpelada, problematizando la separación entre yo y el/la otrx, algo característico que nos sucede como antropólogas feministas (Abu-Lughod, 1991).

Y es que la antropología feminista recorre todo el trabajo en tanto que constituye un desafío teórico sobre las verdades establecidas respecto a las mujeres en la sociedad y la historia; compromete una inquietud ética y un compromiso político, rompe con la idea indiferenciada de “la mujer”, asumiendo la interseccionalidad como perspectiva. Pero especialmente, plantea la investigación como “herramienta esencial de emancipación” (Stolcke, 1996:11), encarnándola como una epistemología y una metodología que cuestiona la división entre lo político y lo personal, entre teoría y práctica y entre el

⁵ Das se refiere al trabajo de Nancy Scheper-Hughes (1995) “The primacy of the ethical. Toward a militant anthropology”, en *Current Anthropology* 36 Vol.36, No. 3, pp. 409-420

pensamiento y la emoción: “cuando de investigaciones feministas se trata, la pasión repercute en nosotras mismas de una manera particular, que el feminismo nos lleva a revisarnos y repensarnos” (Tarducci y Daich, 2010: 7). Se recupera así en todo momento de la investigación la experiencia de las mujeres, incluyendo la de las mismas sujetas que investigan desde lo social, de las que legislan, las que aportan evidencia médica, las que militan en lo cotidiano.

Algunos de los espacios de esas etnografías han sido: una ronda de mujeres púerperas en un barrio de clase media alta de la Ciudad de Buenos Aires, una reunión con profesionales de la medicina basada en evidencias⁶ que investigan con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud; el encuentro en un aula aislada en un subsuelo -indicio de cierta marginalidad del tema- en la Facultad de Medicina entre referentes del parto humanizado, una capacitación de una ONG a referentes en la Dirección General de la Mujer, una capacitación de género en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, un debate en el aula de un posgrado, un encuentro de formación de cuadros de un partido político, la inauguración de la primer sala de parto con las garantías de la Ley 25.929 de Parto Humanizado en un hospital público del conurbano. Y también el armado de una colectiva feminista, la primera vez que se enuncia “violencia obstétrica” en un Encuentro Nacional de Mujeres y el lanzamiento del Test de Violencia Obstétrica en el Día Internacional de Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Éstas son algunas estaciones de la travesía que se hilvanan para construir una genealogía de la politización del parto.

Al abordar hitos y describirlos densamente (Geertz, 1983) en vez de hacer grandes relatos lineales, se relativiza la hegemonía de la generalidad y de lo generalizable, de lo numérico evidente. Se trata de una genealogía que recupera tanto lo mínimo cotidiano como lo extraordinario no computable, allí, donde también habita el sentido. La producción del conocimiento científico es algo interesado y situado (Haraway, 1991), donde sentir y pensar no son escindibles y las emociones no solo se analizan en tanto politizan las acciones de las protagonistas de esta historia, sino que me atraviesan en la investigación e inciden en el mismo campo y en las relaciones y vínculos que establezco con las personas. Personas que serán enunciadas con nombre y apellido, corporizando su impronta en la historia colectiva (Jasper : 2012, Gould :2009).

En *Excavar y recordar* (2010 [1955]), Walter Benjamin afirmaba: “la memoria no es un instrumento para la exploración del pasado, sino solamente su medio” (...) “quien

⁶ La Medicina basada en la Evidencia (MBE), término acuñado por Gordon Guyatt , se define como un proceso cuyo objetivo es el de obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana (Guyatt, 1992).

intenta acercarse a su propio pasado sepultado tiene que comportarse como un hombre que excava”. Mujer, en este caso, que encuentra el recuerdo en el gesto arqueológico de la búsqueda. Búsqueda y reconocimiento son también reconstrucción que permite la elaboración crítica sobre lo acontecido y restituye al sujeto y a la comunidad su capacidad de confrontación, discusión y enunciación no sólo del pasado sino también de los futuros posibles. En esta discusión permanente en el espacio social, donde lo individual persiste junto a lo colectivo, aparece el aspecto dialéctico del recuerdo para evitar la totalización del relato. En ese sentido, la recuperación de las protagonistas del pasado y la revalorización de sus experiencias como elementos desde los que comprender y escribir la historia, es una tarea que puede tener una incidencia directa en el presente (Scott : 2001).

Esta perspectiva, desde la que analizo esta década de travesía supone un giro emotivo y otro epistemológico. Emotivo, porque la creencia cultural (y occidental) de identificar la emoción principalmente con la irracionalidad, la subjetividad, lo caótico y otras características que aparecen como negativas, y asociadas a las mujeres, en tanto *género emocional*, refuerza la subordinación ideológica de las mujeres. La antropología feminista desafía esa creencia, recuperando el sentido de la emoción en tanto compromiso, forma de acción y cognición (Lutz, 1986).

Se trata también de un giro epistemológico, porque más allá de la herencia de los '70 y el repliegue en la construcción del conocimiento para trascender las fronteras entre cuerpos cognoscentes y cuerpos cognoscibles, suscribo a la crítica decolonial que propone descentrar la producción y reflexividad reconociendo las múltiples sedes y agencias de construcción teórica, histórica y política (Espinosa Miñoso y Castelli, 2011). La tesis es un proceso de duelo por todo lo que queda fuera de lo narrado, en tanto recorte de lo abordable, y también es celebración, al poner en perspectiva todo lo logrado colectivamente, desde las mínimas resistencias en una camilla de hospital, hasta la gestión de las políticas públicas.

1.2. La irrupción de la categoría de género

En julio de 2010 Débora Daich y Mónica Tarducci me pidieron por escrito algunas reflexiones sobre cómo me habían impactado la perspectiva de género y el feminismo compartidos en el Seminario Anual de Investigación “Teoría y metodología de la investigación en problemáticas de género, familia y sexualidad”, cursado en 2008. Nos hicieron el pedido a varias compañeras que habíamos cursado el seminario. El trabajo

resultante fue *“La pasión no se enseña”: Transmitiendo el oficio de investigar con perspectiva de género* (Tarducci y Daich, 2010), donde ambas citan y reflexionan sobre nuestras respuestas en clave de género y emociones desde un análisis antropológico. Para dar cuenta del impacto que implicó en mi trayectoria la categoría de género, retomaré algunas reflexiones y citaré ciertos párrafos⁷.

Mi interés dentro de la formación de grado se orientó principalmente a la antropología simbólica, la antropología forense -desde la reconstrucción de la memoria y la violencia política- y finalmente a los estudios etnohistóricos. Estaba haciendo mi tesis con Ana María Lorandi⁸ sobre evangelización y liminalidad cuando nació mi primer hijo.

No fue sólo uno sino tres los hijos que tuve y con los cuales me fui alejando cada vez más de una posibilidad tangible de investigar⁹. A pesar de eso mis experiencias de maternidad(es), los grupos a los que asistí, las problemáticas de las que fui testigo siempre resonaron en mí desde lo antropológico y uno a uno los nacimientos de mis hijos me fueron acercando a cierta profundidad de análisis que me urgía indagar desde lo académico. Pasé del parto como experiencia liminal-religiosa, a los grupos de crianza natural como sectas, cuerpo y experiencia, poder y cuerpo... etc. Con esos borradores de problemas decidí insistir con la investigación anotándome en el seminario en 2008 luego de mucho tiempo de ausencia (Fornes en Tarducci y Daich, 2010)

El término género me era totalmente ajeno como horizonte conceptual, buscaba un seminario de investigación en epistemología. pero los horarios me arrojaron al seminario liderado por Mónica Tarducci.

me di cuenta que la categoría "género" era (...) el eje estructurante de todo lo que había pensado y vivido. Cada una de las clases era un descubrimiento y también un shock epistémico (...) Mi tema dejó de ser un raro capricho (...) Tuve un "tutor"¹⁰ que me respaldó siempre, en cada búsqueda y desorientación (...) Herramientas conceptuales, metodológicas pero también un constante poner en práctica de l@s docentes la

⁷ El escrito íntegro, enviado el 14 de julio de 2010 fue publicado en el artículo de Tarducci y Daich mencionado.

⁸ La Dra. Ana María Lorandi, fallecida en 2017, fue una referente de la Arqueología y la Etnohistoria. Abandoné mi investigación sobre evangelización del gran Chaco cuando nació mi primer hijo y mis intereses se volcaron a lo educativo. Completé mi graduación realizando el profesorado en Ciencias Antropológicas entre los años 2001-2002.

⁹ Relativizo desde mi lectura actual el peso de la maternidad en la imposibilidad de investigar, aunque sí ha sido significativa como dificultad a la hora de escribir esta tesis. Considero importante aclarar, que mi condición de clase me obligó a trabajar para poder estudiar, en un contexto adverso de desfinanciamiento científico en los años 90. Factores que no fueron la mejor coyuntura para que pudiera insertarme en la investigación ad honorem ni de forma rentada desde alguna beca.

¹⁰ Ricardo Garay fue mi tutor durante el seminario anual. Su tesis de licenciatura sobre nuevas tecnologías reproductivas y la profundidad de su conocimiento sobre antropología de la reproducción hicieron que mi vuelta al mundo académico, por el tema que venía a proponer, fuese menos traumática de lo que había imaginado.

potencialidad de la mujer para subvertir el orden de lo ya escrito, lo ya investigado, de lo posible... (Fornes en Tarducci y Daich, 2010)

La antropología de género, me mostró la universalidad del patriarcado y la complicidad de las investigaciones androcéntricas, brindando las herramientas necesarias para conectar mi tema de modelos de atención perinatal con la cultura y el género “ciertas prácticas que conceptualizaba sólo desde la crítica foucaultiana se complejizaron hacia la dimensión más abarcativa de la opresión hacia el cuerpo y la experiencia de las mujeres” (Fornes en Tarducci y Daich, 2010).

Con esas herramientas y mediando sólo un año, comencé a circular por espacios de incidencia en la politización del parto, gubernamentales y no gubernamentales, brindando charlas y capacitaciones desde donde reivindicaba la importancia de la mirada antropológica y la perspectiva de género. Paralelamente el feminismo como opción política, me abriría el horizonte hacia el cambio individual y colectivo desde la militancia y una resignificación de mis experiencias reproductivas y no reproductivas

Tuvieron que pasar más de diez años para que encontrara el espacio, las palabras, las personas para reencontrarme con la investigación, y ese mismo contexto apoyó mi reconciliación con la maternidad, MI maternidad. Y en especial me reconcilié con mi experiencia de aborto, que de culpa y ocultamiento se transformó en un derecho legítimo, de experiencia compartida y maternidad elegida (Fornes en Tarducci y Daich, 2010).

Por último, en aquella reflexión exaltaba la importancia de la bibliografía y discusiones sobre los textos de investigación y militancia que darían el marco para también impulsar acciones y organizarme en una agrupación, ante la impaciencia de esperar a que la producción de textos académicos incidiera en la modificación de las prácticas médicas.

la decisión de militar desde un activismo feminista dentro del mundo de la humanización del parto, vinculando demandas, reivindicando a la maternidad como problemática infinitamente variable (...) enlazando la demanda por el aborto, las violencias, etc. A veces me pierdo en la confusión de lo investigado y lo creado en el acto a través de mi intervención, pero eso no quita el placer de colaborar y protagonizar la transformación de la realidad. (...) a través del seminario que cursé en 2008 (...) me encuentro menos de dos años después, con un problema de investigación consolidado, trabajos presentados y a presentar en congresos, un equipo de investigación¹¹, una maestría en curso¹² y más

¹¹ Me refiero a una efímera conformación que tuvimos con dos sociólogas y una abogada para realizar una investigación interdisciplinaria con profesionales de la medicina basada en evidencias. Analizaré este hito de campo en un capítulo específico.

¹² Maestría en Estudios de Familia, Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín. Posgrado en el cual se enmarca esta tesis.

recientemente una colectiva feminista¹³! En fin, textos, personas, abrazos y alientos, pero sobre todo una Madre¹⁴ me ayudaron a salir a flote y crear mi propio barco. (Fornes en Tarducci y Daich, 2010)

Si me hubiesen dicho que me llevaría ocho años, desde ese momento, realizar una tesis creo que hubiese abandonado ese “propio barco” que me ayudaron a crear. Es que la experiencia de “A veces me pierdo en la confusión de lo investigado y lo creado en el acto a través de mi intervención” se iría profundizando cada vez más, al punto de abandonar por completo la tarea de registro etnográfico para volcarme de lleno a la militancia. La finalización de la “maestría en curso” que comentaba en la reflexión se tradujo en este trabajo. Por momentos titánico e imposible en tanto que pretendía, como en el cuento de Borges “Del rigor de la ciencia”, trazar un mapa del imperio del tamaño del imperio mismo¹⁵: Retomar los registros no analizados, recuperar lo divulgado oralmente y no publicado, revisar lo escaso circulado en la academia, reconstruir la cronología de mis acciones de incidencia, leer en clave etnográfica esas acciones y los intercambios y publicaciones militantes. La reflexión citada es un documento que resume el impacto que me produjo encontrarme con el feminismo, con la reivindicación de la experiencia y con la habilitación de meter mano aún desde el conocimiento académico. Leerme me revoluciona e invita a revisarme y repensarme como me enseñaron mis maestras y hermanas feministas, en un proceso de extrañamiento etnográfico para reconstruir una parte de la historia de la politización del parto. Un proceso no exento de angustia y entusiasmo; de deseo y dolor. Y es que la pasión no sólo es un poderoso insumo en la construcción de conocimiento sino que repercute, además, en la propia subjetividad de quienes investigamos (Tarducci y Daich, 2010).

¹³ La Colectiva Maternidad Libertaria nació en mayo de 2010 en el proyecto de llevar al XXV Encuentro Nacional de Mujeres de Paraná instalar la problemática de la violencia obstétrica en el feminismo y el movimiento amplio de mujeres.

¹⁴ Me refiero así a Mónica Tarducci que supo acompañar mis procesos, más allá de la docencia.

¹⁵ “En aquel Imperio, el Arte de la Cartografía logró tal Perfección que el mapa de una sola Provincia ocupaba toda una Ciudad, y el mapa del Imperio, toda una Provincia. Con el tiempo, estos Mapas Desmesurados no satisficieron y los Colegios de Cartógrafos levantaron un Mapa del Imperio, que tenía el tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él.

Menos Adictas al Estudio de la Cartografía, las Generaciones Sigüientes entendieron que ese dilatado Mapa era Inútil y no sin Impiedad lo entregaron a las Inclemencias del Sol y los Inviernos. En los desiertos del Oeste perduran despedazadas Ruinas del Mapa, habitadas por Animales y por Mendigos; en todo el País no hay otra reliquia de las Disciplinas Geográficas.

Suárez Miranda, Viajes de Varones Prudentes, Libro Cuarto, Cap. XLV, Lérida, 1658.

FIN”

1.3. El abordaje antropológico sobre la reproducción

Los derechos reproductivos discuten y trascienden la perspectiva esencialista, ya que se constituyen en un elemento de transformación y parten del principio según el cual la forma de organización de las experiencias reproductivas es una construcción sociocultural. Así, como lo señalan los estudios de antropología de la reproducción, cualquier evento relativo a procrear o no procrear acontece dentro de contextos sociales dotados de significados y reglas que determinan comportamientos, preferencias, y establecen los poderes de las relaciones sociales en las que se insertan.

La domesticación de las mujeres mediante su esencialización reproductiva parte de nuestra tradición cultural y filosófica occidental que ha colocado tradicionalmente a la mujer del lado de la naturaleza y a la hombre en la esfera de la cultura y el ámbito público, basándose en el hecho de que la maternidad se aloja en el cuerpo de la mujer y por tanto, la función de la reproducción le compete exclusivamente, mientras que la función paterna se construye simbólicamente. Sin embargo, la antropología de género cuestionó esta linealidad entre reproducción biológica y reproducción social enfatizando la diversidad en la construcción de géneros y roles parentales a partir de una misma materialidad biológica. La mujer-madre es, para la antropología, una construcción sociocultural ya que no puede aislarse la materialidad biológica de la reproducción sexual¹⁶ de las condiciones políticas, económicas y sociales que le dan sentido e intervienen activamente en la reproducción de la ideología maternal.

Las investigaciones antropológicas sobre embarazo, parto y puerperio tuvieron auge en el contexto de la segunda oleada de movimientos feministas, en la búsqueda de la diversidad de roles, sentidos y prácticas referentes a la maternidad. Desde los años ochenta los estudios sobre reproducción se enfocaron directamente a investigar la atención obstétrica en la sociedad occidental, poniendo énfasis en las representaciones y prácticas relacionadas al incremento de la tecnologización y medicalización del parto. A través de la producción teórica y la investigación empírica algunas antropólogas vienen sosteniendo desde abordajes particulares que el parto-nacimiento es un proceso cultural además de fisiológico, enmarcado en tramas de significación y relaciones de poder específicas a cada sociedad (Fornes, 2009). Michelle Sadler en Chile, Davis-Floyd desde Estados Unidos, Maribel Blázquez Rodríguez en España, Carmen Tornquist en Brasil son

¹⁶ La reproducción biológica no sexual puede analizarse desde la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas (NTR). El abordaje antropológico reproductivo y de género es muy pertinente para la discusión de las diversas formas de filiación y parentesco que se despliegan a partir las NTR (Garay, 2008).

sólo algunas de las antropólogas feministas que han dado cuenta de las relaciones de género que estructuran y dan sentido a la atención de parto-nacimiento como evento sociocultural y político.

La antropología de la reproducción situó al evento reproductivo como un proceso sociocultural al señalar que la forma en que se da lugar al nacimiento comprende una forma de socialización y reproducción de un modelo cultural y sus estructuras de poder (Davis Floyd, 1993). En este sentido, remarca que el control sobre el proceso de reproducción está relacionado con la medicalización y la utilización de tecnología para el desplazamiento de roles y espacios tradicionales del nacimiento (Jordan, 1993) y que la cuestión de género atraviesa las formas de comprender la reproducción ya que construye a la maternidad y a la paternidad en el proceso reproductivo. En este sentido, la biomedicina continúa presentándose como una manera de controlar el cuerpo, someter la libertad de decisión y el protagonismo de la mujer sobre el curso del proceso reproductivo (González de Chávez, 1999: 24). En términos más amplios, la integración de tecnologías sanitarias cobra cada vez más el carácter de control social, político y económico (Ginsburg y Rapp, 1995 en Blázquez Rodríguez, 2010).

Por otro lado, son sumamente importantes los aportes en los años ochenta y noventa de la interseccionalidad de los estudios feministas en Estados Unidos y de los feminismos latinoamericanos decoloniales, que abrieron camino en las décadas siguientes al análisis del parto por ejemplo en términos de género, clase, sexualidad y etnia (Souza, 2006; Nureña, 2009; Felitti, 2011; Drovetta, 2012; Hirsch, 2015, citados en Fornes y Jerez, 2018).

De este modo, la antropología de la reproducción y de género en consonancia con el proceso socio histórico motorizado por el movimiento feminista pusieron de relieve la disolución de la frontera entre lo personal y lo político, entre lo doméstico y lo público, desnaturalizando a la reproducción como evento biológico y ahistórico. En este sentido, esa producción teórico-política disputa el concepto genetista e individualista de la maternidad, conformado desde la ética individualista y competitiva del siglo XIX de nuestra sociedad occidental, que toma como modelo las relaciones de clase, reproduciendo a su vez éstas y las relaciones de género (Stolcke, 1991 en Garay, 2008). Herederas de estas antropólogas y antropologías, desde Argentina aportamos con Celeste Jerez nuestra mirada sobre el contexto local:

“Señalamos la naturalización de la violencia en ciertas prácticas médicas y sus alcances de género (Fornes 2009), la tensión discursiva política entre el instinto y el derecho para reivindicar el modelo de parto humanizado/respetado (Fornes,

2010), el pasaje del lenguaje de respeto/humanización del parto hacia el de “violencia obstétrica” como forma de posicionamiento político (Jerez, 2015a), las paradojas de la “humanización” del parto en tanto ciertas retóricas esencialistas refuerzan las relaciones de género naturalizadas (Jerez, 2015a), el parto domiciliario como práctica política (Fornes, 2011) y los sesgos tanto de género como de clase a la hora de definir qué es *empoderar* partos por parte de agrupaciones de mujeres (Jerez, 2015b).” (Fornes y Jerez, 2018: 4).

Más recientemente (nos) indagamos acerca de la experiencia etnográfica de situarnos como antropólogas feministas en nuestros sendos trabajos de investigación en la arena de la politización del parto proponiendo como discusión epistemológica la disrupción que provoca el feminismo —como término y opción política explícita— a la hora de investigar este proceso. Ese trabajo es contemporáneo a la escritura de esta tesis, por lo que su encuadre está claramente emparentado a esta forma de reflexión epistemológica.

1.4. Abordaje epistemológico y corpus político

La epistemología feminista, a través de los trabajos de autoras como Sandra Harding y Donna Haraway nos instó a reconocer la construcción del conocimiento desde la subjetividad y la indagación de la experiencia personal; a dar cuenta de las posiciones de partida y las relaciones en que nos inscribimos, considerando nuestra parcialidad y contingencia. Esta concepción de una objetividad feminista encarnada, sitúa lo político en la misma base de la producción de conocimiento. Reconocer las implicaciones políticas de una posición, lejos de invalidarlo como relativismo cognitivo, se traduce en una construcción socialmente comprometida y responsable. Este carácter responsable de los conocimientos situados (Haraway, 1997) presupone la aplicación de una “reflexividad fuerte” (Harding, 1996) donde los sujetos de conocimiento son examinados en los mismos términos que los objetos de conocimiento.

Asumiendo que la pregunta de investigación no nace de un día para el otro y que la genealogía de su gestación es un proceso complejo, temporal y teóricamente, me resulta importante explicitar —cual mito de origen— qué me llevó a problematizar las experiencias de parto. En ese sentido, recupero la propuesta de Mari Luz Esteban reivindicando una antropología encarnada, un proceso autoetnográfico para dar cuenta del proceso de gestación de cada pregunta antropológica y de la construcción del problema específico en cada etapa de la investigación.

Porque hacer etnografía de una misma sirve para validar otras formas de expresión y acercamiento a la realidad social, y reconoce el valor de lo personal, lo subjetivo, en la práctica científica o académica, sin descomponer la tarea antropológica (Esteban, 2004: 49).

Pero así como la epistemología feminista apuesta por una práctica científica no idealizada, cuestionando la preexistencia y autonomía de los llamados objetos de investigación, en pos de asumir cómo las cosas llegan a ser, más que lo que son; es importante explicitar que el acto de recuperar mis experiencias, y las de mis sujetas de estudio no las cristaliza reificadas como fenómenos sustantivos, fijos y por subjetivos autoevidentes, sino como relatos contextuales y producidos que se reactualizan en cada interacción social (Trebisacce, 2016). Mis itinerarios corporales recorren el papel que juegan las emociones como saberes que median los encuentros etnográficos y no etnográficos, entendidos como

procesos vitales individuales [...] que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales (Esteban, 2004: 54).

En esa travesía, la violencia obstétrica no es un punto de partida, ya que tampoco era un fenómeno nombrado aún. Las estaciones del recorrido de construcción fenoménica y teórica no responden a una naturaleza lineal y completa sino que emergen de otro nivel la estructura, desde mi perspectiva actual, feminista y madre de tres hijos nacidos por cesárea.

El esbozo de periodización de la construcción del corpus que analizo en este trabajo es también un esfuerzo por explicitar cómo las aproximaciones teóricas se forjaban en la dialéctica de lo personal político. Sea desde la investigación in situ o desde el análisis desde una perspectiva histórico genealógica. Las etapas pueden dividirse del siguiente modo:

-2003-2007. La construcción de la pregunta antropológica.

Con mi segundo embarazo, comienzo a recorrer grupos de autoconciencia maternal o rondas de madres, donde algunas cuestiones de la antropología simbólica comienzan a resonarme: relatos de partos traumáticos, seguidos de otros gozosos; la experiencia liminal del rito de pasaje. Narrativas como dramas superados por una experiencia más

feliz o una herida abierta ávida de cicatrizar. Una necesidad de contar, de vaciar. De sacar la voz, en un contexto de sanción de la *Ley de parto humanizado*¹⁷ en agosto de 2004. En 2006, mientras transitaba mi tercer embarazo, me convocan como testigo de un juicio por la muerte de una beba ocurrida durante mi segundo embarazo (2003), un juicio que acusa xxx en el marco de aquellos consensos de ronda. Esto me obliga a bucear por textos de la antropología de la reproducción y contactarme con una ONG de derechos del parto-nacimiento. Robbie Davis Floyd (EEUU), Michelle Sadler (Chile) y Sheila Kitzinger (Inglaterra) se vuelven mis referentes teóricas y la asociación civil Dando a Luz, mi principal referente empírico. Las anotaciones de las reuniones de embarazadas, los textos que circulaban como sugerencias para el embarazo y lactancia y el juicio mismo, aunque fragmentarios, se enlazan como corpus.

-2008-2009. El parto como problema de género.

Este periodo corresponde a la incorporación, en 2008, del género como categoría teórica y a la antropología feminista como opción política dentro de mi trayectoria académica. Por otro lado el nacimiento de la violencia obstétrica como término teórico y legal, en un contexto histórico signado por la sanción de la llamada coloquialmente *Ley de violencia de género*¹⁸ en marzo de 2009. Se trata del comienzo de mi producción académica en la temática y la circulación por los espacios de incidencia de la red de humanización del parto y la medicina basada en evidencias. Analizo los registros de las entrevistas etnográficas y la observación participante, y sumo como documentos etnografiables todos los intercambios para organizar acciones, afiches de difusión, referencias legales y otros materiales complementarios. A las referencias teóricas de antropología de la reproducción, se suman las de antropología de género y la antropología feminista.

-2010-2013. Academia y militancia.

El cuarto periodo comprende la superposición entre acciones de incidencia docente, mi ingreso en la maestría de la UNSAM, la incorporación de un bagaje histórico y legal sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y la fundación de la colectiva feminista Maternidad Libertaria. Se trata de un momento de intersección y transición entre lo académico y lo militante, con relecturas de lo recorrido. Los debates en el aula con mis compañeras resultan en el contacto con nuevos referentes empíricos, donde

¹⁷ Ley Nacional N°25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, sancionada en 2004 y reglamentada en 2015.

¹⁸ Ley Nacional N°26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada en 2009 y reglamentada en 2010.

incidir y seguir problematizando: el Hospital Municipal de Morón, en la Provincia de Buenos Aires y la Villa 21-24, ubicada en el barrio de Barracas, Ciudad de Buenos Aires. La epistemología feminista es la referencia teórica que más me acompaña y permite cuestionar las fronteras de la investigación con las del discurso y la praxis feminista en la arena de la política. Aquí los registros de campo coexisten con registros de reuniones y documentos organizativos, cientos de correos electrónicos, apuntes de discusiones en clase, debates, panfletos y publicaciones militantes.

-2013-2017. Divulgación, docencia y extensión.

En este periodo la investigación pasa a un segundo plano, siendo la docencia y los proyectos de extensión lugares desde los cuales seguir abordando la temática e incidir. Éstos últimos haciendo equipo con Celeste Jerez, con quien dictamos materias¹⁹, elaboramos un convenio con la Asociación Civil Doulas Comunitarias²⁰ y por último, lideramos el proyecto de extensión con la Maternidad Estela de Carlotto de la localidad de Moreno, Provincia de Buenos Aires²¹. Si bien el campo mismo de estos proyectos no será abordado, las entrevistas e intercambios iniciales, así como los documentos realizados para iniciar las gestiones de ambos proyectos, serán material para pensar desde lo contemporáneo las rupturas y continuidades con el modelo humanizado de parto-nacimiento que comencé a explorar desde 2003.

2017-2018. Revisión y análisis del corpus.

En el último tramo de esta travesía, que compromete la escritura de esta tesis, las publicaciones y registros son revisitados desde referencias teóricas que no había explorado. La sociología y antropología del cuerpo y las emociones me aportan una

¹⁹ Participamos como docentes de la materia “Sexualidades y derechos reproductivos” de la Diplomatura Virtual “Estudios de Género, movimiento de mujeres y política en América Latina” coordinada por la Dra. Mónica Tarducci, perteneciente al Programa Latinoamericano de Educación a distancia en Ciencias Sociales del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini (PLED-CCC) en convenio con la Facultad de Filosofía y Letras, UBA (Expediente n°76886/2015), y del curso presencial “Abordajes de la Violencia Obstétrica desde la Antropología Feminista”, perteneciente a la Secretaría de Transferencia y Desarrollo, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (Expediente n° 0006159/16).

²⁰ Convenio de investigación titulado: “Políticas públicas y gestión comunitaria ¿Un diálogo posible?: La experiencia de Asociación Civil Doulas Comunitarias en el Hospital Municipal de Morón” (2017-2019).

²¹ Programa de Subsidios de Extensión Universitaria UBANEX - 9ª Convocatoria “Doctor Bernardo Alberto Houssay – 70 Aniversario Premio Nobel” (EXP UBA 0075726/2016): “De prestadora de servicios a garante de derechos’: investigación-acción y praxis comunitaria en una Maternidad pública del conurbano bonaerense”, dirigido por Dra. Mónica Tarducci y co-dirigido por Dra. Nora Goren. Las investigadoras principales fuimos Celeste Jerez, Mayra Valcarcel, Marlene Russo, Claudia Cernadas Fonsalías y Valeria Fornes.

nueva mirada desde la cual el cuerpo no es sólo objeto de prácticas y violencias, sino un espacio de resistencia y lucha, de anclaje de la acción social. Por otro lado, el abordaje autoetnográfico, en especial el propuesto por Mari Luz Esteban, me otorgan una legitimidad nunca antes sospechada, para reivindicar mis experiencias de campo e incidencia, mis cavilaciones y luchas dentro de la arena de la politización del parto. En este periodo, entrevisto a tres referentes históricas, protagonistas de los hitos de la politización del parto, para validar datos y reflexionar sobre lo personal-político atravesado en el periodo estudiado. La segmentación cronológica precedente no compromete una narración desde la linealidad, sólo explicita sintéticamente una temporalidad personal para contextualizar. Como mencioné antes, los entrelazamientos y superposiciones de escenas, protagonistas y debates organizarán recorridos hacia nodos de convergencia y divergencia, desde donde podré profundizar lo histórico, antropológico y legal sin que suponga el nombrarlos separados que no haya un entramado de sentidos.

Es desde este abordaje e integrando todo el recorrido de hitos de politización del parto, que propongo presentar los alcances y límites de la violencia obstétrica como experiencia-narrativa, problema académico y político, indagando en cómo lo personal-político impulsa ciertos dispositivos e iniciativas que se plantean como estrategias de sensibilización y erradicación de esta modalidad de violencia que, como intentaré explicar, corren el riesgo de reforzar ciertos esencialismos y desigualdades, y revictimizar a las mujeres aún siendo su objetivo “empoderarlas”. Las distancias y aproximaciones con los discursos feministas serán una forma de acercarme a los límites de esas estrategias, aunque sin plantearlos como (re)olución del conflicto. A lo largo de los capítulos esbozaré cuáles de estos interrogantes podrían resolverse y cuáles seguirían pendientes, junto a los nuevos que surjan en el horizonte de futuras investigaciones.

Capítulo 2

La reproducción como problema político cultural

El vientre de las mujeres es el objeto más estratégico de este mundo.

Farida Akhter, *From gender gap to gender trap*

2.1. La expropiación de los medios de (re)producción

Los estudios feministas y el movimiento mismo explicaron y denunciaron las estrategias violentas por medio de las cuales los sistemas de explotación, intentaron (y lograron) disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino y pusieron de manifiesto que los cuerpos de las mujeres constituyen lugares privilegiados para el despliegue de las relaciones de poder y sus tecnologías. Por otro lado, el concepto de biopoder propuesto por Foucault aporta a la comprensión del ejercicio político de la administración de la vida y las fuerzas vitales tales como la promoción del aumento demográfico o la ideología y práctica eugenésica, entre otros (Foucault, [1988]1976).

Sin embargo, siguiendo a la historiadora y filósofa feminista Silvia Federici (2006), la historización de la sexualidad que realizó Foucault, al centrarse en la confesión pastoral, dejó invisibilizada la caza de brujas disciplinadora de la sexualidad, de la apropiación de saberes comunitarios de salud (en especial los ligados a la fertilidad, embarazo, parto y aborto) y centralmente apropiadora de los cuerpos femeninos como espacio garante de la reproducción física de la sociedad. En la transición del feudalismo al capitalismo, hacer foco en las mujeres, el cuerpo y la acumulación originaria es crucial. La persecución de las brujas fue un aspecto central en la acumulación originaria y la formación del proletariado moderno. Si Marx había examinado la acumulación originaria poniendo el eje en el proletariado asalariado y la producción de mercancías, Federici lo hará desde la posición social de las mujeres y la producción de fuerza de trabajo (Meillassoux, 1975).

Por un lado, la construcción de un orden patriarcal capitalista requiere la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado y la consecuente subordinación de ellas a los hombres. Por otro, el desarrollo de una nueva división sexual del trabajo: el femenino y la función reproductiva del cuerpo de las mujeres se subsumirá a la mera y mecánica reproducción de la fuerza de trabajo. Este proceso fue posible a través de siglos de vigilancia, persecución, y exterminio de las “brujas” medievales. El análisis de Federici de

este fenómeno en los siglos XVI y XVII pone de relieve la importancia que tuvo demonizar las prácticas de salud reproductiva que realizaban las mujeres, como instrumento para construir un orden patriarcal del estado capitalista en lo referente al tamaño demográfico de la población y por ende al de la fuerza de trabajo.

La criminalización del control de la natalidad —ejercicio de las comadronas/brujas— puso en el centro de la disputa la *soberanía* del producto del vientre de las mujeres formaba parte de una misma estrategia de conocimiento, control y punición en el marco del mercantilismo que consideraba a la población, la riqueza de las naciones. Al mismo tiempo fue el principal vehículo para llevar a cabo una amplia reestructuración de la vida sexual que, criminalizaba cualquier actividad sexual que amenazara la reproducción, la transmisión de la propiedad dentro de la familia o restara tiempo y energías a la producción de mercancías; ajustándose así a la nueva disciplina capitalista del trabajo.

Este análisis trasciende no sólo la pertinente idea de la caza de brujas como irracionalidad religiosa medieval sino también la de focalizar su práctica en el origen de la medicina moderna. Ya que una de las principales razones para perseguirlas fue la intolerancia a los conocimientos relacionados con la sexualidad y la vida que dominaban y practicaban desde épocas ancestrales, y que era necesario controlar (Blazquez Graf, 2008). Fue en las cámaras de tortura y en las hogueras en las que murieron las brujas donde se forjaron los ideales burgueses de feminidad y domesticidad y se destruyó el poder social de las mujeres sobre sus cuerpos (Federici, 2006).

2.2. Reproducción y Estados-Nación. Eugenesia y domesticidad.

Entre fines del siglo XIX y mediados del XX en Occidente la tutela y el control sobre las mujeres y sus cuerpos cobró un nuevo vigor, esgrimido desde los intereses e impulsos tecnocráticos estatales por mejorar la *calidad* y la cantidad de su población. A principios del siglo XX, el ideal del “instinto maternal” se erigió desde los Estados-Nación como parámetro de una feminidad *normal*; no casualmente cuando el deseo de un hijo de parte de las mujeres comenzaba lentamente a escindirse de la necesidad o el mandato. Este proceso tuvo escala internacional y correspondía a una nueva preocupación demográfica donde las mujeres se transformaron en las responsables de los futuros ciudadanos y “productores” de la “riqueza nacional”. En este proceso de la “nacionalización de las madres” (Knibiehler, 2001), en Europa Occidental el Estado se convirtió en una suerte de “super padre” desplazando al varón “jefe de familia” de la función *íntima* reguladora

familiar y reproductiva, detentando sus función de toma de decisiones políticas respecto al tamaño de la población (Donzelot : 2005). Así, el vientre de las mujeres fue fuente de disputa para la reproducción de la mano de obra, la formación de los ciudadanos del Estado-Nación y el mejoramiento de la raza. El aborto fue criminalizado (salvo para casos fundamentados desde la eugenesia) y aunque ésto no disminuyó la práctica significó el pase a la clandestinidad de quienes lo practicaban. La contracepción también estuvo restringida aunque no abiertamente prohibida según el contexto político estatal y/o regional particular. Las estrategias de control de la reproducción fueron ampliándose desde el siglo XVI y sofisticándose hasta convertirse en políticas globales al mando de agencias internacionales.

La eugenesia, junto a la medicalización de la reproducción llevada adelante por la institucionalización de la salud fueron las estrategias para llevar adelante estos objetivos. Así, la creación de una “madre” desde la ideología del instinto materno (Badinter, 1981) se instauró como un principio ordenador ante la realidad caótica experimentada en contexto prebélico de la primera guerra como entre ambas guerras mundiales. Si bien este proceso fue internacional, tomaré la experiencia argentina para dar cuenta de algunas estrategias estatales que caracterizaron una época marcada por la maternalización de las mujeres como política de Estado. El trabajo de la historiadora Marcela Nari fue pionero en emprender el desafío de recoger los fragmentos de una historia relegada para establecer una genealogía de la maternidad y la maternalización retomando las políticas relativas a embarazo, parto y crianza entre fines del siglo XIX y mediados del XX en Argentina.

En el periodo estudiado por Nari (1890-1940), el Estado convirtió la maternidad en un objeto de preocupación y debate público y político. Dado que se consideraba que uno de los objetivos del Estado era defender los derechos naturales, la natalidad, la crianza y los cuidados de los hijos, el despliegue de políticas tuvo un campo fértil. Considerada así, la maternidad se subordinó al derecho de la sociedad a reproducirse y relegó a las mujeres a un objeto de control y tutela. Esta situación abrió interrogantes de difícil resolución y compatibilización: “¿quién tenía derecho a la maternidad?, ¿era un derecho de la sociedad a reproducirse, y por ende, una obligación de las mujeres a procrear?, ¿o era un derecho de las mujeres a ser madres?, ¿contra quién era necesario defender ese derecho?, ¿era un derecho que daba derechos a no ser ejercido o una situación que daba derechos para luchar por otros derechos?” (Nari, 2004: 18).

La eugenesia no fue patrimonio exclusivo de los regímenes fascistas europeos, sus alcances fueron muy amplios. Como un saber dotado de legitimidad científica y

política sus influencias llegaron a Latinoamérica, ganando adeptos deseosos de rectificar la degeneración racial y el caos social que veían en sus naciones. El interés eugenésico por controlar la reproducción se conjugó con una nueva generación de ginecólogos, puericultores y obstetras, médicos sociales que modificaron gran parte de las experiencias y vivencias de la maternidad al incorporar el parto en el hospital público, el control periódico, o los “consejos” acerca de cómo criar los hijos. Para esta corriente, era imprescindible conocer los antecedentes de salud de los progenitores y evaluar la conveniencia o no de un matrimonio²² al mismo tiempo que cuidar/vigilar el binomio madre-niño²³ en detrimento de la delegación de “funciones maternas” como, por ejemplo, la lactancia a través de nodrizas (Allemandi, 2015). El matrimonio eugenésico consistía en estimular la unión y la concepción entre determinadas personas consideradas *sanas, morales e inteligentes* y a la vez impedirlo entre personas enfermas, con antecedentes patológicos, anomalías físicas o mentales quienes, en potencia, podrían trasladar estos males a su descendencia y, así, empeorar la *calidad* de la población o degenerar la raza y, por ende, a la Nación.

De esta manera, la irrupción estatal diluyó las fronteras de las dicotomías sociales personal/político, doméstico/público, naturaleza/cultura y reproducción/producción.

La ortodoxia eugénica argentina del siglo XX quedaba conformada, básicamente, a través de la enunciación de un programa poblacionista selectivo tendiente a sancionar las “desviaciones” sexuales y el control de la natalidad, que eventualmente pudieran filtrarse a través de los minúsculos intersticios dejados por una propuesta dogmática complaciente con las frecuentes expresiones políticas autoritarias. (Miranda, 2005)

La institucionalización del control del embarazo y la atención del parto y el puerperio fue deliberadamente un decisión política, antes que médica, dado que el cuerpo de la mujer pasó a ser objeto de la vigilancia focalizada en la natalidad y la degeneración de la raza. La medicalización de la reproducción fue una forma de legitimar el acceso científico —con aval estatal— al cuerpo de las mujeres; desplazando saberes, espacios y experiencias que se desarrollaban en el ámbito doméstico e íntimo donde el

²² Nari cita la obra “El libro de las madres” de 1899 el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro donde se recomendaba a los novios ya sus familias consultar a un médico sobre las posibilidades o conveniencias de contraer matrimonio y someterse a un examen especial cuando los galenos lo creyeran necesario. Sostenía que el examen podía realizarlo el “médico de la familia” y, en el caso de las clases trabajadoras, el Estado debía instalar “consultorios prenupciales” gratuitos a tal fin.

²³ El ideal maternal, construido desde la ciencia médica, otorgó centralidad a la lactancia materna como práctica “natural” y característica de una “buena madre” .

protagonismo femenino era lo tradicional. Este proceso, estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentró sólo en las (futuras) madres sino en la parteras ya que éstas no solamente se ocupaban de atender partos sino también de practicar los abortos, método con el que las argentinas (y la mayoría de las mujeres del mundo) regularon principalmente su natalidad hasta mediados del siglo XX (Barrancos, 2007). La maternidad se constituyó en un dominio por excelencia de la biopolítica (Foucault, 1976) quedando situada entre la disciplina del cuerpo y la regulación de la población (Fornes, 2011). En este proceso de regulación de la maternidad, los médicos obstetras se irían apropiando del parto como evento político.

Si bien la preocupación médica inicial en el proceso de maternalización internacional de las mujeres fue la altísima mortalidad, una vez superados esos altos índices hacia la década del 30, la baja natalidad pasó a ser la preocupación fundamental. El descenso en el número de los nacimientos comenzaba a dar cuenta de las nuevas prácticas de las sociedades urbanas de regulación por métodos contraceptivos, legales o no. El infanticidio y el abandono de niños había cedido frente al aborto, aunque sólo estuviera eugenésicamente permitido para evitar nacimientos de indeseables.

La construcción de las sexualidades a fines del siglo XIX y principios del XX se vinculó estrechamente a las políticas médicas de protección de la maternidad y de la eugenesia derivada del fracaso de suponer equivalentes a la inmigración europea con la civilización. El prestigio de la medicina y la posibilidad de asociarse al poder eclesiástico, sumado al racismo, dieron paso a las políticas eugenésicas que reinaron en su modo preventivo y *positivo*²⁴ por estas latitudes. Las políticas de reproducción, enmascaradas como asunto científico y técnico, cristalizaron en pocas décadas el ideal maternal asociado a la domesticidad de las mujeres, la biologización del vínculo materno, y la estatización del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva.

²⁴ En contraposición a la eutanasia preventiva (caracterizada como *positiva*) la negativa contemplaba la esterilización forzada de las personas “no aptas” para reproducirse y la eutanasia para personas con diversidad funcional, intelectual, enfermedades hereditarias

2.3. Las políticas de población y los derechos reproductivos.

El concepto de “derecho” ligado a la reproducción humana estuvo asociado históricamente a las instituciones jurídicas patriarcales de la sucesión generacional. Las mismas que naturalizan el lugar de la mujer y privatizan el espacio social en que ocurre este proceso. Derechos reproductivos nombra a un movimiento social que produce el desplazamiento de los procesos reproductivos —que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres— desde el ámbito de lo “natural” biológico, medicalizado a partir del siglo XVII, al del derecho como ejercicio individual y social de ciudadanía, pasible de justicia o injusticia (Rosemberg, 1995). El campo de los DD.RR. comienza a desarrollarse — aún sin denominarse así— a fines del siglo XIX, como activismo y militancia de las mujeres de los países industrializados de Europa y Estados Unidos para resistir contra los sectores que se oponían al acceso a los métodos anticonceptivos y al aborto. Estos derechos se gestan en las luchas concretas de las mujeres por ganar autonomía y protagonismo en las decisiones que afectan sus vidas.

Desde fines de 1970 y especialmente en la década del '80, la idea de que las mujeres, más allá de su inclusión o no en una conformación familiar, tienen el derecho a decidir si tener hijos, cuándo y cómo hacerlo fue consolidándose. Como dije antes, esta reivindicación ya estaba presente en algunos discursos feministas del siglo XIX, sin embargo, su reconocimiento como derecho humano y su formulación como derechos reproductivos es mucho más reciente (Correa, 2003 en Felitti, 2011). Estos derechos, se definen en términos de poder y de recursos: poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, de tener hijos, de criarlos, de la salud ginecológica y de la actividad sexual, y recursos para poder llevar a cabo tales decisiones de manera segura y efectiva. Estos suponen nociones de integridad corporal y autonomía para las mujeres y también relaciones de equidad de ellas para con sus hijxs, parejas sexuales, miembros de la familia, proveedores de servicios de la salud y la sociedad en general (Correa y Petchesky, 2001).

Al considerar a los sujetos de derechos civiles como seres sexuados, introducen la cuestión de la diferencia sexual en el campo de la ciudadanía y la arena pública. Estos derechos no son sólo reproductivos, comprenden la libre disposición del propio cuerpo que implica una sexualidad sin coerciones y se ramifica hacia las demandas de mejores condiciones de vida y otros derechos básicos, que desembocan a través de múltiples pero obligadas mediaciones entre los intereses locales y regionales, en la necesidad de una alianza global para el desarrollo sustentable (Gutiérrez y Durand, 1998).

Es importante establecer la distinción entre DD.RR. y las políticas de población que se impusieron totalitariamente. Los derechos reproductivos proponen poner el dominio de la reproducción biológica bajo el control individual y la dependencia de los sentidos culturales de las personas singulares en su contexto particular. Las políticas de población intentan subsumir las decisiones procreativas individuales en una estrategia global despersonalizada (Rosemberg, 1995).

Durante las décadas del '60 y del '70 la Organización de Naciones Unidas y sus agencias definieron políticas en las que las mujeres de los países pobres del llamado Tercer Mundo eran objeto de dispositivos demográficos de control de la natalidad, privadas de poder para intervenir en las decisiones políticas las atravesaban desde lo más íntimo y personal de sus vidas. Como ejemplo de ello podemos citar el condicionamiento de la ayuda financiera al cumplimiento de metas demográficas de reducción de la natalidad; proceso por el cual atravesaron varios países latinoamericanos. La estrategia de control poblacional se centró en hacer descender la fecundidad. Se invirtieron grandes sumas de dinero para extender el uso de anticonceptivos y promover programas de cooperación internacional como la Alianza para el Progreso en América Latina. Esta Alianza contemplaba desde la intervención militar hasta la entrega de “ayudas” alimenticias a través de agencias como USAID²⁵; programas de esterilización en zonas rurales, jornadas de atención médica y el diseño completo de estrategias de “modernización”. No sólo se reguló la reproducción de las mujeres del Sur, a las que se debía *moderar*, sino también la de las del Norte, que deben producir ciudadanos de primera clase para los países cuya natalidad autóctona declina peligrosamente, abriendo las compuertas de la necesitada y temida inmigración. Sí, otra vez el poder regulando los cuerpos de las mujeres, esta vez a través de dinámicas transnacionales, estableciendo geopolítica natalista o antinatalista específica según la región, para garantizar la reproducción del orden hegemónico (Felitti : 2012).

Las corporaciones internacionales de control de la natalidad incluyeron el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos con objetivos diferentes a los del movimiento de mujeres. Aunque consintieron en incorporar en sus documentos el derecho de las mujeres a controlar su cuerpo, no mencionaron la inequidad de género en la distribución de bienes y recursos. Eso se tradujo en el control del crecimiento poblacional, sea por escasez de alimentos en los '70, desempleo y crisis económica en los '80 y degradación

²⁵ Sigla de US Agency for International Development

ambiental en los '90. Es así como las mujeres cumplieron un papel de objeto clave en la economía transnacional trasladando el combate contra la pobreza del sur por el control de la natalidad y no por la justa distribución de la riqueza (Gutiérrez y Durand, 1998).

En este contexto de biopolítica internacional, las mujeres elaboraron estrategias heterogéneas, frente a dos presiones reproductivas opuestas: por un lado, la prescripción de tener hijos encarnada y sintetizada en la prohibición del aborto y la carencia de anticoncepción eficaz y segura y por otro, la prescripción de no tenerlos, materializada en las campañas de esterilización y anticoncepción, como la llevada adelante en Perú entre 1990 y 2000 que esterilizó forzosamente a cientos de miles de mujeres. Sin embargo, cuando las mujeres están empoderadas por las nociones de justicia, igualdad política y económica, la tecnología anticonceptiva impuesta puede ser transformada y utilizada en una tecnología de apropiación de sus cuerpos, su sexualidad y sus decisiones reproductivas: como un instrumento de construcción de autonomía. Ese en ese sentido que las políticas de población suponen una mezcla híbrida de biopoder y derechos, cuyas resultantes no son predecibles desde el punto de vista de la construcción de un sujeto político que necesariamente opone resistencias a la dominación patriarcal (Rosemberg, 1995).

Dado que ningún poder se ejerce sin crear sus propias resistencias y contrapoderes, estas políticas crearon las condiciones para el surgimiento de un fuerte movimiento internacional por los derechos reproductivos y los derechos sexuales. Según Felitti (2006), con el retorno de la democracia, el tono en los discursos y las modalidades de acción en torno a las demandas han cambiado: sin la reivindicación de un lenguaje revolucionario y del planteo de universos alternativos, la inclusión en la ciudadanía existente es el nuevo eje. El lenguaje de los Derechos Humanos ha permitido legitimar la noción de derechos sexuales y el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización personal y social, independientemente de los fines reproductivos; en este sentido, la libre disposición del cuerpo constituye ya un derecho inalienable. A su vez, la *protección* respecto a la violencia sexual, la explotación y la discriminación en el marco de los DD.HH. ofreció la base para la habilitación de los Derechos Sexuales Reproductivos.

2.4. La ciudadanía reproductiva

En las conferencias mundiales de Naciones Unidas, en el discurso alrededor de los DD.SS.RR., se enumera “sexuales y reproductivos” en una implícita subsunción política de los primeros a los segundos. Por el contrario, la enunciación de “derechos sexuales” y

“derechos reproductivos”, que aparece en algunas investigadoras feministas, da cuenta de la necesidad de separarlos analíticamente aunque haya espacios de intersección. Por otro lado, la conceptualización de “derechos sexuales y no reproductivos” hace alusión a la estrategia política de explicitar su singularidad y separarlos definitivamente de la esfera de lo procreativo, retomando las militancias feministas por escindir finalmente la sexualidad de la reproducción. Estas organizaciones y activistas, de modo planificado, formulan y llevan adelante estrategias de incidencia conocidas como de “advocacy” para la promoción y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (Tamayo, 2001).

La política de derechos reproductivos fue para el movimiento feminista, desde sus inicios, una manera de lidiar con las diversas diferencias: la sexual y de género, la de clase y acceso a los recursos, la étnico cultural; la de orientación eróticosexual; traducidas todas ellas en desigualdad, injusticia y discriminación sufrida por las mujeres y por las personas que no se adecuan a las pautas dominantes de género. Para el feminismo la construcción de la esfera de la vida privada como espacio de libertad e igualdad y el acceso de las mujeres a la esfera pública es una cuestión dialéctica e imposible de disociar del proyecto de construcción de ciudadanía y democracia. Los derechos reproductivos contribuyen también a asociar la práctica de la ciudadanía a la vida cotidiana, dado que toda organización de la vida social se realiza a partir de la jerarquización entre producción y reproducción. En este sentido, todas las dimensiones de la reproducción están directamente asociadas con los intereses de la producción y la vida política.

Se suma a esto la subordinación moral y religiosa que se impone a las decisiones reproductivas. Por lo tanto, la desarticulación de ese yugo fue uno de los caminos que las feministas abrieron en dirección a la ciudadanía. En este marco, la ciudadanía, puede definirse como la vivencia de los derechos y la participación en el conflicto relativo a la redefinición permanente de esos derechos (Jelin, 1998). La dinámica de concientización sobre la ciudadanía resulta en la incorporación de nuevas prácticas sociales y culturales que configuran espacios de ciudadanía y, así, los lugares de opresión naturalmente aceptados van siendo deconstruidos. . De este modo, el sentido de la ciudadanía es a su vez aprendido, conquistado, redefinido y expandido. En ese sentido, “la ciudadanía como los derechos están siempre en proceso de construcción y cambio (Jelin, 1997)

La cuestión de la igualdad/diferencia es un dilema que debe tenerse permanentemente en cuenta, no en el sentido de escoger entre ser igual o ser diferente, sino en el sentido de que la igualdad se construye para garantizar la posibilidad de que

existan diferencias y que éstas puedan percibirse (Tamayo, 2001). Por otro lado, cuando se habla de libertad en el campo reproductivo, la referencia es a la participación en la construcción de las condiciones que rigen la elección de opciones por parte de las personas y no la posibilidad de escoger frente a lo que los otros ofrecen. En este sentido, para que exista libertad es imprescindible construir condiciones objetivas y subjetivas. Deshacer el papel del cuerpo como destino y deconstruir la enajenación histórico política en la que estuvieron (y continúan) inmersos los cuerpos de las mujeres y personas gestantes²⁶, constituyen los fundamentos de una concepción renovada de ciudadanía que incorpora las vivencias de la sexualidad y la reproducción y, por ese camino, abren campo para que se supere el “desposeimiento de sí” experimentado por las mujeres en estas dos esferas. La inviolabilidad de la personalidad y el sentido del control sobre los territorios del “yo”, incluido el del cuerpo, continúan siendo indispensables para cualquier concepción de la libertad (Cohen, 1999).

La novedad que suponen, en este sentido, los derechos reproductivos es que son una “invención de las mujeres participando, como sujetos, de la construcción de principios democráticos.” (Ávila y Gouveia, 1996:163). Es así que este término surge de la acción de las mujeres militantes, que incluyen a la libertad de elección dentro del campo más amplio de ejercicio de la ciudadanía, entendiéndola no sólo como garantías legales y beneficios del Estado, sino también como espacio de transformación de las relaciones sociales y de género.

¿Sucedió lo mismo con la maternidad? Las campañas feministas a favor de la anticoncepción y el aborto problematizaron escasamente la maternidad en lo relativo a embarazo y parto²⁷. Las resistencias a las políticas de población coercitivas tampoco fueron en ese sentido. Los derechos de las mujeres en el proceso de parto no tuvieron una elocución suficiente, por no decir que fue nula, en el marco de las Conferencias de

²⁶ En 2015, en la última revisión del Ministerio de Salud del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” comenzó a utilizarse la denominación “personas gestantes” incorporando a las personas que no son mujeres, pero tienen capacidad de gestar como ocurre, por ejemplo, con los varones trans, en el marco de La Ley de Identidad de Género N°26.743. “Personas gestantes” también contempla a aquellas que no se encasillan en un determinado género y que se identifican como de género fluido.

²⁷ Una iniciativa integradora podría ser la obra *Our Bodies, ourselves*, un libro sobre la salud y la sexualidad de las mujeres editado por primera vez en 1971, por la organización Boston Women's Health Book Collective. Es uno de los textos de referencia en la historia del feminismo de los años 70 y del movimiento por la salud de las mujeres, y fue clave en la denuncia de la falta de control de las mujeres sobre su propio cuerpo y los abusos médicos al respecto, con información sobre muchos aspectos de la salud y la sexualidad de las mujeres, incluyendo salud sexual, orientación sexual, identidad de género, control de natalidad, aborto, embarazo y parto, violencia y abuso y menopausia. Se lo considera como uno de los libros más influyentes de la literatura estadounidense del siglo XX y de amplia circulación internacional. Su edición más reciente se publicó en 2011

Población. La asociación de la maternidad como institución reproductora de lógicas heteropatriarcales, en términos de Adrienne Rich (1976) puede explicar que su aparición en escena como derecho a reivindicar no se haya priorizado.

. En 1994 un grupo de mujeres afroamericanas se reunieron en Chicago para hablar del derecho de la mujer a planificar su familia. Las demandas de las mujeres blancas de recursos no daban cuenta de las necesidades de las mujeres afroamericanas, latinas, de otras mujeres marginadas, ni de las personas transgénero. El término “Justicia Reproductiva”, que fue el comienzo del movimiento para visibilizar las necesidades de las mujeres, las familias y las comunidades más marginadas. El movimiento de justicia reproductiva exige que cada persona sea capaz de decidir cuándo tener descendencia y las condiciones en las que quieren parir, también que puedan decidir si no quieren o no están listos para tener un hijo/a y que sus opciones para prevenir o terminar un embarazo estén disponibles y sean asequibles para cada persona. La justicia reproductiva implica el poder, el acceso y los recursos para tomar decisiones saludables sobre el propio cuerpo, sexualidad, relaciones y familias para sí mismos y su comunidad. Una de las iniciadoras del movimiento de justicia reproductiva fue Loretta J. Ross que se convirtió en co-fundadora de SisterSong, que es el colectivo nacional de mujeres de color luchando por la justicia reproductiva.

2.5. Maternidad, no-maternidad

En los años ochenta y noventa las conferencias internacionales, conjuntamente con la aparición de las ONG como nuevas formas de participación de las mujeres, se convirtieron en uno de los elementos que imprimieron un cambio en la discursividad respecto de la sexualidad, pero también la idea de ciudadanía y derechos de las mujeres. Entre los 80 y los 90 los derechos sexuales y reproductivos surgieron en una doble dimensión: como caracterización teórica de las necesidades de las mujeres y como eje articulador de las demandas. A lo largo de los años, los cambios en la discursividad acerca del derecho a decidir sobre el propio cuerpo pueden ser visualizados como un emergente en la lucha de las mujeres por la autonomía y libertad de sus vidas (Gutiérrez y Durand, 1998). Transgrediendo la división capitalista de público y privado e invocando la idea de que “lo personal es político” dieron forma no sólo a declaraciones sino a una manera particular de lucha política. Esto se tradujo en prácticas concretas, entre ellas las campañas para la legalización del aborto. De este modo, el aborto se presenta como modelo paradigmático del movimiento de liberación, ya que rompe con las tradicionales concepciones acerca del lugar de la mujer en el mundo y con la reproducción como su

única posibilidad de realización. Sin embargo, en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a elegir ser madre cómo llevar el embarazo y elegir cómo parir no fueron puntos clave para pensar lo reproductivo.

En 1979, y como impacto de las dos conferencias de la Mujer de México y Nairobi, se firma la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que fue una de las importantes batallas ganadas por las mujeres en términos de la igualdad con los hombres reforzando el derecho a la integridad del cuerpo y que implicaba, entre otras cosas, el acceso a servicios de anticoncepción.

A diferencia de las dos décadas anteriores, en los 80 la estrategia de las organizaciones defensoras del aborto adoptarán una estrategia centrada en “el derecho a decidir” abandonando, en muchos casos, la concepción del derecho al aborto como una condición de la autodeterminación y libertad de las mujeres. Según Lamas (1997) era necesario transformar el concepto profundamente subversivo de la reposición por parte de las mujeres de sus propios cuerpos en argumentos que son más cercanamente ligados a las preocupaciones democráticas. Como expresé antes, el reclamo por el derecho a decidir situado en la elección de la maternidad como “experiencia” y no como “institución” (Rich, 1976) y todo el proceso del parto, no sería enunciada y mucho menos central. Recién en demandas mucho más recientes, iniciadas en la última década y a través de traducciones, circulaciones, préstamos, el “derecho a decidir” o la consigna “mi cuerpo, mi decisión” serían bandera de algunas agrupaciones que politizaron el parto (Jerez, 2015(b), Castrillo, 2016).

Paralelamente y dentro del debate feminista, hubo críticas a cierto individualismo que subyacía en este marco de demanda ya que las decisiones no se toman de manera aislada, sino que existen ciertos factores que condicionan dicho ejercicio, tales como la situación socioeconómica, las legitimaciones sociales, culturales e institucionales acerca de la reproducción y la sexualidad, y las formas legales y jurídicas relativas a estos temas.

Los derechos planteados como “libertades” o “decisiones” individuales carecen de sentido si carecen de condiciones habilitantes que garanticen el ejercicio de esos derechos. “Las mujeres se encuentran inhabilitadas de ejercer completamente sus derechos humanos cuando sus vidas no están garantizadas, cuando los sistemas de salud y de educación son inadecuados, y cuando la diversidad cultural no es respetada. Estas dimensiones de los derechos son particularmente cruciales y sensibles cuando las desigualdades de clase, raza y etnia son tenidas en cuenta” (Correa, 1993).

Es así como los DD.RR. no pueden analizarse aisladamente de los llamados derechos humanos de segunda generación, vinculados con las dimensiones sociales, económicas, culturales y políticas. Es imposible separar el género de sus condicionantes políticas, culturales y económicas en las cuales él mismo es invariablemente producido y mantenido. La noción de género atraviesa la histórica discriminación de la mujer del espacio de lo público donde los derechos sexuales y reproductivos son ejercidos. Cabe preguntarse entonces en qué medida la legalidad formal de los DD.RR. modifica las condiciones habilitantes, cuando éstas no están equitativamente distribuidas en la sociedad.

Es en esta década donde se producen dos eventos con profundas implicancias para el movimiento de mujeres a nivel local, regional e internacional: la Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la mujeres en Beijing, China en 1995. En ambos casos, la participación de las ONG del movimiento de mujeres fue una clave fundamental para la incorporación de diversos artículos, de suma importancia para el mejoramiento de la vida cotidiana de las mujeres, en las Plataformas de Acción emanadas de estas conferencias. Con mayor o menor intensidad en cada país, la participación del movimiento de mujeres en las conferencias preparatorias marcó la diferencia con respecto a anteriores cumbres internacionales. En el proceso de transnacionalización, la globalización jugó un papel central en las reivindicaciones por los derechos reproductivos, articulando en un proceso no exento de conflictos y contradicciones las situaciones locales con los temas globales (Jelin, 1998). Fue entonces, cuando lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos obtuvo una legitimación internacional. Estos términos primero se adoptaron en el espacio académico y el movimiento de mujeres, luego en los documentos internacionales de Naciones Unidas, en las leyes nacionales y en el discurso público de los que toman las decisiones. Esta legitimidad se tradujo en una herramienta para reforzar las demandas militantes por el ejercicio pleno de estos derechos, instalando una agenda en los gobiernos locales para (re)definir sus posiciones y lineamientos.

La intervención en la CIPD, desarrollada en 1994 en El Cairo, consolida la integración del movimiento feminista latinoamericano y caribeño en un bloque de interlocución transnacional, demostrando su vocación de transversalidad e internacionalismo. Los avances en la legislación de Argentina, y otros países del cono sur sobre los derechos y el status de las mujeres están en relación directa con los compromisos internacionales adquiridos por el gobierno en estas Conferencias y en las Convenciones internacionales que en 1994 pasan a ser parte de, por ejemplo la

Constitución Nacional Argentina. La participación en la CIPD estimuló a un grupo de feministas internacionales, que transformaron esta experiencia de militancia debate y negociación en el más alto nivel, en ascendencia político organizativa sobre los movimientos de mujeres acceso a recursos que las posicionaron de una manera muy clara como una cúpula internacional. La CIPD que tuvo lugar en el contexto de la extensión y totalización del capitalismo a nivel planetario como único sistema económico existente (la "globalización") se forjó así como un espacio donde era imprescindible intervenir e incidir políticamente para legitimar a nivel de las normativas internacionales y de las políticas centradas en el control de población, esa defensa de los derechos reproductivos como derechos humanos.

El nudo problemático y paradójico del movimiento por los derechos sexuales y reproductivos es cuál es el alcance real de las luchas en la transformación de la condición de las mujeres.

Las resistencias a las políticas de población, se tradujeron en nuevas formas de situarse desde el ejercicio de la ciudadanía dando nacimiento a los derechos reproductivos y los derechos sexuales. Sin embargo, como dije anteriormente, la carencia o inequidad de las condiciones habilitantes para el ejercicio de esos derechos sigue restringiendo el acceso de gran parte de la población al ejercicio pleno de una ciudadanía sexual y reproductiva. Aún con avances formales, políticos y culturales queda un margen amplio de efectivización pendiente. Tal es así, que mientras se sigue reclamando la plena vigencia de derechos conquistados se establecen nuevos modos de posicionarse y nombrar sus vulneraciones.

2.6. El parto en el marco de los DD.RR.

Los derechos reproductivos relativos al parto están contemplados en algunos Derechos Humanos como la decisión libre y responsable respecto a salud reproductiva y la no sujeción a coerción, discriminación y violencia. Tanto el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). como el 24 de Convención sobre los Derechos del Niño (1989) mencionan la importancia de la atención prenatal, intranatal y post natal como derechos fundamentales de mujeres y niños (Linhares Barsted, 2003 en Fornes, 2011).

Por otra parte estos derechos se relacionan estrechamente con las recomendaciones internacionales sobre la atención de parto y nacimiento. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer una serie de principios tendientes

a la reducción de las intervenciones tecnológicas y farmacológicas en embarazos normales perjudiciales para la salud psicofísica de la mujer (OMS, 1995). A partir de la revisión de las investigaciones sobre la asistencia a partos normales, la OMS plantea la convicción de las prácticas que debieran ser eliminadas por considerarlas perjudiciales o ineficaces, y aquellas que se debieran promover, entre las que se encuentran: “Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto (...) respeto del derecho de la mujer a su intimidad (...) a la elección de los acompañantes (...) libertad de posición y movimientos durante todo el parto (...) apoyo afectivo de los asistentes; a que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado y desaconseja aquellas que limitan o anulen estas propuestas.” (Chalmers, Mangiaterra, Porter, 2001).

En las propuestas de la OMS, se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por "normal" en distintos países, se afirma que "el concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado" y que en ello influyen los factores económicos y culturales de cada contexto²⁸. Promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas. Por la autoridad que representa este organismo, es el estudio de referencia para profesionales y usuarias a partir del cual se plantean demandas para introducir cambios en las instituciones hospitalarias.

En 2003, en Argentina, el trabajo interdisciplinario que llevó adelante el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) dio visibilidad a los abusos cometidos contra las mujeres en situación de parto y post aborto: la degradación y crueldad en el trato hacia las parturientas, y el no cumplimiento al derecho a la información y al consentimiento sobre las rutinas que se realizan sobre su cuerpo, entre otros. El informe señalaba que estas prácticas están basadas en el género, ya que más allá de que estén en manos de personal sanitario femenino, están arraigadas socialmente sobre valores culturales relativos al lugar de la mujer y la maternidad (Chiarotti et.al., 2003).

Hasta ese momento el concepto legal de reproducción no contemplaba una distinción precisa entre las decisiones y herramientas para el control de la natalidad, y las relativas a la atención de partos y nacimientos en las instituciones sanitarias. Eran escasas las herramientas jurídicas puntuales para hacer visible y punible la violación a la integridad física y al trato respetuoso que acontecían en las salas de parto, dificultando su encuadre dentro de las violencias de género a erradicar (Fornes 2009).

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Editado en Español por la Asociación Nacer en Casa; 1999.

Las investigaciones sociales, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, revisiones médicas sobre prácticas locales y diferentes acciones de concientización y relevamiento de asociaciones civiles que comparten el ideario de la humanización del parto (Tornquist, 2001), dieron un marco para que en agosto de 2004 se promulgara una ley nacional específica del parto-nacimiento. Prácticamente una década después de la declaración de la OMS, la Ley Nacional 25.929 recoge parte de estas recomendaciones. La misma establece el derecho de la mujer a ser tratada con respeto, como persona sana capaz de optar sobre las distintas intervenciones médicas, a garantizar su intimidad; a favorecer información y entorno para que sea protagonista de su propio parto; el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y perjudiciales; no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o aprendizaje, salvo consentimiento por escrito; y estar acompañada por una persona de su confianza y elección.

Se la conoce como la ley de “parto humanizado”, en oposición a lo medicalizado y tecnificado del modelo médico obstétrico vigente. Su nombre formal es “Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”. Las vulneraciones a estos derechos son más corrientes que lo que usualmente se acepta pero generalmente no se asocia a la atención perinatal con un marco de los derechos humanos, excepto el derecho a la salud, con lo cual el acceso a la atención se considera prioritario sobre la calidad.

Es importante mencionar, que esta ley se promulga en un contexto donde se impulsaron cambios en las estrategias de políticas de protección social (entendidas como acciones públicas económicas, sociales, sanitarias, educativas, entre otras). Estos cambios tuvieron efectos concretos en las políticas de reconocimiento y de redistribución, así como en la implementación de las políticas públicas. A partir del 2003, se impulsaron una serie de avances cruciales en el marco legislativo que impactaron fuertemente en la vida social (Anzorena y Yañez, 2013). Además de las leyes 25.929 y 26.485, otra legislación protege y promueve derechos fundamentales de las mujeres y el colectivo LGBTI: Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673, de 2002); Educación Sexual Integral (Ley 26.150, de 2006); Asignación Universal por hijo para Protección Social (Decreto 1602/2009 y Ley 24714); Matrimonio Igualitario (Ley 26.618/2010); Identidad de Género (Ley 26.743/2012); Prevención y Sanción contra la Trata de Personas y Asistencia a las Víctimas (Ley 26.842/2012); Fertilización Asistida (Ley 26.862 de 2013); Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (Ley 26.844/2013), entre otras.

En 2008, cuatro años después de la sanción de la Ley 25.929, se realizó una Encuesta Perinatal llevada adelante por el Ministerio de Salud y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, que dio a conocer una tasa del 80% de episiotomías²⁹, cuando los valores de referencia de la OMS la ponen en un 20% del máximo recomendable y sólo un 10% de acompañamiento durante el parto, siendo un derecho consagrado en el marco de la Ley de Parto Humanizado. Esto permite considerar que las garantías de modificación de prácticas como respuesta a una nueva ley pueden relativizarse. Desde el análisis de género del fenómeno legal (Fascio, 1999) comprendemos que las leyes no sólo son aquello escrito y promulgado sino que existen otros componentes que la conforman y que pueden obstaculizar su conocimiento, administración y vigencia. En este caso, el componente político cultural, comprendido en las representaciones y prácticas que tenemos sobre lo que se está legislando, mantiene la hegemonía del saber médico y obstaculiza que se efectivice el componente formal, ya que esta asimetría médico paciente está arraigada en nuestra cultura y nuestra forma de entender las relaciones sociales. Cuestionar las decisiones médicas, preguntar activamente y posicionarse desde el derecho a la información y el consentimiento informado no son prácticas arraigadas en el hábito de ser paciente (Fornes, 2011).

La Ley de Parto Humanizado fue una declaración amplia de derechos, pero no elaboró sanciones específicas para actuar sobre el personal de salud que la violara, pese a los reclamos, marchas, petitorios que desde hace años viene realizando un grupo de organizaciones y familias autoconvocadas para conseguir la reglamentación, que finalmente se logró en 2015, once años después de ser promulgada la ley (P.E.N, 2015). Sin embargo, sí hubo un giro discursivo, producto de prácticas de incidencia de organizaciones, que más cerca o más lejos del feminismo lograron, mediante advocacy y lobby, en articulación con una voluntad clara del Estado, que desde 2009 la vulneración de estos derechos se tipificara como “violencia obstétrica” amparada en la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. En su Art. 6 inc. e) define a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929, de Parto Humanizado. Por su parte, en el Art. 6 d) se define como Violencia contra la libertad reproductiva aquella que vulnera el derecho de

²⁹ La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (Thacker, 1983).

las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Tanto la negación de información y de acceso a métodos anticonceptivos y esterilización voluntaria, como la imposición de dichos dispositivos de modo forzado, constituyen desde un marco de protección legal, violencia a la libertad reproductiva. Es decir, que una ley de promoción de derechos, la 25.929, fue incorporada en una de protección contra las violencias. De violencia hacia las mujeres.

En Argentina, los protocolos vigentes proponen instancias para radicar las denuncias³⁰ y efectuar la asistencia técnica al hospital o servicio denunciado para la mejora de la gestión sanitaria (diseño, ejecución, capacitación, prácticas, evaluación y seguimiento), y no establecen sanciones al personal de salud, como ocurre en la ley venezolana³¹, donde pueden deshabilitar la práctica profesional y efectuar puniciones económicas. En Argentina este tipo de sanciones se limitan a la figura de “mala praxis” que no está enmarcada en términos de violencia contra las mujeres.

Si consideramos algunas definiciones de organismos internacionales podríamos argumentar que las prácticas violentas ejercidas por parte de los profesionales de la salud pueden identificarse como violencia de género. En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer: “Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada”. Por su parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, realizada en 1994, en Belem do Para, fue aprobada por la Argentina en 1996, en la ley 24.632, que entiende como violencia contra la mujer: “Cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o su sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.”

Esto permite “deducir que esta es una problemática inherente e incorporada al quehacer diario de las instituciones hospitalarias, enraizadas dichas prácticas en los

³⁰ Se puede hacer un reclamo administrativo ante la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) correo electrónico consavig@jus.gov.ar. El trámite es gratuito. También puede radicarse el reclamo a través del INADI o la Defensoría del Pueblo. Para asesoramiento, también se dispone de la línea 0800-122-5878

³¹ La Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia está vigente en Venezuela desde su aprobación en la Gaceta Oficial N° 38.668 Extraordinario, del 23 de abril de 2007. Fue reformada mediante Gaceta Oficial N° 40.548, de fecha 25 de noviembre de 2014, para incluir el delito de femicidio y de inducción o ayuda al suicidio.

saberes médicos hegemónicos como superiores y portadores de por sí, de poder, sin cuestionamiento alguno, masculinizadas, naturalizadas en el ejercicio cotidiano mediante rutinas, actitudes, lenguaje y manejo de este saber, que está legitimado por la institución desde la organización misma de los servicios, las funciones de cuidado, atención e instrucción, y desde las intervenciones y diagnósticos” (Fernández Moreno, 2007:74).

En 2010 esta ley (26.485) fue reglamentada, ampliando, entre otros temas, los términos de lo que se comprende por violencia obstétrica. De acuerdo con el Decreto Reglamentario debe considerarse trato deshumanizado “el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención del aborto, natural o inducido, sea punible o no”.

Uno de los hitos de la travesía etnográfica, desarrollado en los siguientes capítulos, profundiza en la forma en que se llevó adelante esta gesta siendo parte del campo transfronterizo de maternidad, academia y militancia.

2.7. Violencia obstétrica en situaciones post aborto

Aunque no sea un tema objeto análisis de la tesis, no puedo dejar de mencionar que en Argentina, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, el aborto no es un derecho y está criminalizado. Aún en los casos de abortos no punibles o interrupciones legales del embarazo, así como sobre las mujeres que llegan con abortos incompletos a las instituciones de salud, sean espontáneos o inducidos, el maltrato es corriente. En Argentina la legislación permite la interrupción legal del embarazo cuando la vida o la salud de la mujer se encuentren en riesgo o cuando el embarazo es producto de una violación. La legalidad del aborto en estos casos ha sido confirmada por la Corte Suprema de Justicia la Nación, el 13 de marzo de 2012. A seis años del fallo, el acceso al aborto legal bajo esas causales (vigente desde 1921) no es implementado en todo el territorio nacional. Bajo la lógica del doble discurso coexisten prácticas ilegales, dentro un marco seguro garantizado por el acceso a recursos de una minoría de la población, mientras que sectores vulnerables acceden a la interrupción del embarazo de manera precaria e insegura, bajo riesgo de vida.

En las situaciones de violencia obstétrica en situación de aborto convergen prácticas, actitudes, creencias y preceptos morales de enorme impacto no sólo en el marco de la calidad de la atención, sino también en la salud y dignidad de la mujer. Ejemplos de estas situaciones son la no confidencialidad de los casos, la utilización de

calificativos estigmatizantes, la discriminación en el trato o disposiciones administrativas puntuales como la no asignación de cama, o bien la ubicación junto a otras mujeres con sus recién nacidos, todas prácticas que se utilizan como instancias *aleccionadoras* para *castigar* la presunción de aborto inducido. Otras prácticas remiten al abuso físico, recurriendo al uso de tecnologías obsoletas, como el legrado³² cortante, negando anestesia para realizarlo, de modo tal de castigar al administrar dolor; y para reforzar el mensaje punitivo el abuso psicológico, amenazando-acusando desde un discurso moralizador y culpabilizador a las mujeres. En este contexto, de vergüenza y auto-incriminación, las mujeres aceptan el maltrato del personal médico que toma los casos de aborto como una desviación del recurso sanitario hacia “un problema «causado» por la usuaria” (Tamayo Muñoz et. al., 2015:12).

En ambos casos, no se las considera dignas para decidir sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva. Es así como la interseccionalidad género, clase, edad y etnia se traduce en mayores y más crudas violencias para las mujeres de sectores populares, haciendo patente la inescindibilidad de los Derechos Humanos. Estas situaciones no son exclusivas de las situaciones postaborto sino que lo interseccional de la violencia está patente en situaciones de atención del parto siendo las mujeres pobres las que reciben el peor trato (Sadler, 2004).

Es importante señalar, que así como el inciso “e.” de la Ley 26.485 tipifica como violencia obstétrica, la ejercida en situaciones de preparto-parto-posparto y en situaciones de aborto en curso y posaborto, las militancias más contemporáneas han integrado las demandas por el derecho a un parto respetado como al aborto legal, seguro y gratuito (Jerez, 2015(a)).

2.8. La protección contra las violencias

Como ya vimos, diversas organizaciones de salud de orden internacional desarrollaron agendas específicamente orientadas hacia la defensa de los Derechos Humanos en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En 2015 la OMS declaró que: “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”. Por lo cual reclamó “un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de Derechos Humanos.

³² Intervención quirúrgica que comprende el raspaje de la cavidad uterina.

Por otra parte, muchas de las conductas caracterizadas como violencia obstétrica, en el marco de los Derechos Humanos fueron señaladas como constitutivas de tortura. En el año 2013 el Consejo de Derechos Humanos realizó un informe especial sobre Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes donde se establecía que “Al parecer, proveedores de servicios de salud no dispensan cuidados o realizan tratamientos que infringen dolor o sufrimiento grave sin motivos médicos legítimos. Los cuidados médicos que causen graves sufrimientos sin ningún motivo aparente pueden considerarse crueles, inhumanos o degradantes, y si hay participación estatal y una intención específica, constituye tortura” (Asamblea General de la ONU : 2012).

En una publicación de la Colectiva Maternidad Libertaria que se distribuyó en el XXV Encuentro Nacional de Mujeres de Paraná, provincia argentina de Entre Ríos, en 2010, una de las compañeras ofreció su testimonio, del que cito un extracto para ilustrar la idea de tortura, encarnada en una experiencia.

Al rato me la trajeron, bañada y peinada. La miré y repetía y repetía que era hermosa. Pero ahí estaba yo con las piernas abiertas y con una herida tan grande que no dejaban nunca de coserme. En un momento grité “ME DUELE” ¿y qué me puede contestar un médico de Argentina, país inventor de la picana eléctrica? “Ya te voy a dejar de torturar”. Al menos el tipo era explícito, ¿no? Vuelvo a decir, solo tenía la palabra, así que en la sala de partos me puse a cantar “Hijos del Pueblo” como un mantra. La herida que dejó la episiotomía desgarrada por el fórceps fue enorme y rebelde. Pasé la primera semana con calmantes inyectables cada 8 horas porque no podía ni caminar, ni moverme por el dolor. Y la cosa siguió por meses, la herida se había transformado en un granuloma y terminó con otra cirugía. (Colectiva Maternidad Libertaria, 2010).

Por su parte, Amnistía Internacional señaló, respecto al derecho al aborto, que “el abuso de la objeción de conciencia de los efectores de salud, el uso de la justicia para demorar y obstaculizar abortos, los sistemas de salud que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios, la mala fe de los proveedores de salud y de funcionarios públicos, la violación del secreto profesional, el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas, la influencia de la iglesia sobre los gobiernos nacional y local, la falta de incorporación de normativa expresa de las prestaciones que demandan los casos de aborto no punible como prácticas esenciales del servicio de salud. Todas ellas son estrategias que no solo operan en contra del derecho al aborto legal sino que someten a

las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional cuyo responsable directo es el Estado” (Belski, 2016).

Por último, el Estatuto de Roma, establecido por la Corte Penal Internacional, establece que la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado y la esterilización forzada, entre otras formas de violencia sexual, son crímenes contra la humanidad, crímenes de guerra e incluso elementos constitutivos del delito de genocidio³³. Si bien esta norma internacional califica el embarazo y la esterilización forzadas³⁴ como casos de violencia sexual, lo cierto es que a la luz de las leyes vigentes en materia de género son formas de violencia contra la libertad reproductiva en tanto se vinculan con la vulneración de la autonomía personal respecto a las decisiones relativas a la procreación actual o futura (Tamayo Muñoz et. al., 2015).

Estos antecedentes nos llevan a preguntarnos si es posible entonces garantizar los derechos reproductivos protegiéndolos desde el marco interpretativo de la violencia. ¿Se trata sólo de no contar con condiciones habilitantes para el ejercicio de la ciudadanía reproductiva o podemos situar los fundamentos de la violencia en un marco sociocultural más general?

³³ Ver artículos 7, g) y 8, b) XXII del Estatuto de Roma.

³⁴ Como en el caso de las esterilizaciones forzadas bajo el gobierno de Fujimori (1995-2001), en Perú.

Capítulo 3

La construcción del problema: una historia encarnada.

¿Cómo generar conocimiento sobre el dolor ajeno desde la práctica disciplinaria, es decir, cómo permitir que el conocimiento del Otro marque mi lugar institucional, ese aparato productor de conocimiento que habito?

Veena Das, *Life and words. Violence and the descent into the ordinary* (2007)

Luego de haber abordado la violencia obstétrica en su forma acabada de lo legal en el marco de la promoción de los derechos reproductivos y de la protección contra las violencias, me interesa retroceder en el tiempo para profundizar en un momento previo a la sanción de la Ley de Parto Humanizado, que es el inicio de mi travesía etnográfica. En el intento, como esbozaba en el capítulo 1, de anudar sentidos y trazar continuidades entre tantos cuerpos-memorias de las mujeres que atravesaron situaciones que luego fueron enmarcadas como ilegales. Se trata de narrativas de experiencias que me atravesaron en lo personal político y que fueron conformando preguntas, inquietudes, malestares que se constituirán en un problema de investigación y en textos y acciones que alimentarán el propio campo sobre el que estaba indagando y modificando al mismo tiempo. El relato comienza en clave autoetnográfica para esbozar un fragmento del escenario tras el cual se estaban gestando las leyes 25.929 y 26.485.

3.1. *Parir* como condición de existencia

En el verano de 2003 conocí la Asociación Civil Ñuñu³⁵, situada en el barrio de Florida (Vicente López). Por vecindad y gratuidad³⁶ era un lugar inmejorable para volcar mis inquietudes acerca de una lactancia algo más placentera que la vivida con mi primer hijo³⁷. Esta asociación, organizaba, y sigue hasta este momento organizando, encuentros grupales del embarazo, crianza y especialmente de apoyo al amamantamiento. La

³⁵ Explícito el nombre de la asociación civil, dado que mi participación en esos encuentros está documentada tanto en sus cuadernos de reunión como incluso en expedientes de la justicia. Ñuñu tenía una partera para asesorar y coordinar algunos encuentros.

³⁶ Me resulta importante señalar que los espacios eran y siguen siendo gratuitos. En ese momento Argentina todavía estaba saliendo de la incertidumbre de una crisis política, económica, institucional iniciada en diciembre de 2001.

³⁷ Había egresado del profesorado en Ciencias Antropológicas en diciembre de 2002. Estaba nuevamente embarazada. Como cuando inicié la tesis de licenciatura con orientación en Etnohistoria, que nunca finalicé. Ahora no iba a luchar intentando sostener lo académico. Me entregué a transitar el embarazo de manera consciente, aunque no fue posible dejar a la antropóloga a un costado.

conforman madres que habiendo amamantado a sus hijxs, brindan ayuda a otras que también quieren hacerlo. Se fundó en el barrio de Florida en 1974 y cuenta con sedes en otras localidades del conurbano bonaerense. Una maestra del jardín antroposófico al que concurría mi hijo que formaba parte de la asociación y de las rondas de madres me recomendó ir. La sede de Florida funcionaba en una casa con patio, lindante con un jardín de infantes, propiedad de la misma asociación. Se trata de un barrio residencial de casas bajas con jardín y departamentos tipo casa o PH. La mayoría llegábamos en bicicleta a las reuniones. No puedo afirmar que se tratara de mujeres de clase media alta, ya que comentaban de sus apuros económicos y compartían algunas estrategias de autogestión para llegar a fin de mes. La alimentación natural y toda práctica que se considerara “ecológica” eran de su elección. De todos modos, la vida austera se presentaba más como una opción que como una necesidad. Todas tenían alguna formación de nivel superior.

Llegué con mi hijo de dos años, que llevaba un chupete puesto. Lo miraron raro, aunque no presté demasiada atención al detalle. El tiempo transcurría en ronda de mates entre mujeres con sus bebés y niñxs lactantes. Llega mi turno de presentación y para sorpresa de todas, cuento que estoy de dos meses de embarazo, que no había tenido una lactancia muy gratificante en los primeros meses con mi hijo y que quería prepararme mejor esta vez. Mi relato estaba situado desde el orgullo, porque me estaba ocupando de la lactancia desde tan temprana gestación y porque había logrado amamantar un año completo a mi hijo, sorteando la adversidad de una muy tardía bajada de la leche post cesárea, lastimaduras y dolores que se prolongaron por meses. Pero la sensación de orgullo fue efímera, como el periodo de lactancia que dediqué a mi hijo, según los comentarios recibidos. Lo consensuado mínimo eran dos años, porque “somos mamíferos” y también porque en ciertas “tribus” se llega a lactar hasta los siete años. Y también porque lo decía la OMS. Además, estaba muy mal que mi hijo usara chupete, un claro síntoma que lo había destetado tempranamente. La coexistencia entre lo ancestral, lo biológico y el consenso médico internacional se me presentó por primera vez, hilvanado en un mismo discurso, absolutamente coherente para mis interlocutoras. Yo, quedaba del otro lado de la frontera de lo deseable y apropiado. Me atravesó un pensamiento hecho carne (Rosaldo, [1984] 2011), de desconcierto, culpa y vergüenza. Emociones que me acompañaron durante largo tiempo hasta re elaborarlas en clave de género.

No tuve demasiado margen para reconocermé en esa ronda como la antropóloga que ya era. Cuestioné mi comportamiento y no las representaciones sociales imperantes

en el grupo. Mi objetivo, en aquella tarde calurosa de 2003, era lograr una mejor lactancia, pero ese no sería mi grupo de pertenencia:

- Si estás embarazada y *ya no amamantás a tu bebé*, hay otro grupo que es de preparación para el parto. Venite a ese.

Fue la indicación de la coordinadora del grupo. A lo que respondí que había tenido una cesárea y que no creía que tuviese opciones de un parto, que optaba por prepararme mejor para la lactancia.

- Ahí vas a ver todo. Ése es tu grupo. Además. ¿No vas a intentar un parto porque tuviste una cesárea?

Dudé sobre qué responder, como si se tratara de un múltiple choice. Es que ya mi obstetra me había dicho que iba a ser difícil intentar un parto. Al menos él no se arriesgaría. Intenté explicar y la respuesta fue: “¿Vas a volver con el mismo obstetra?” Las miradas de desaprobación me dirían que otra vez no había pasado el examen. Tenía mucho para aprender, así que a la semana siguiente ya estaba en el grupo de embarazadas. Allí me enteré que la ronda era de “parto en casa”.

Iba quedando en claro que había mucho que cuestionar de mis saberes previos, que me aguardarían sorpresas y nuevos desconciertos y la imposibilidad de amputar de mi subjetividad a la antropóloga. Allí sentada en las rondas de embarazadas o puérperas, aún sin contacto con el feminismo pero recuperando y traduciendo lo que circulaba en sentipensares con conceptos ya conocidos, como rito de pasaje, liminalidad (Turner V., 1988) y modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988); el germen de considerar el embarazo, parto y crianza como fenómenos socioculturales, más que anclajes biológicos comenzaba a sobrevenirme.

Mis notas no eran inocentes, había algo más que registrar que la sola idea de tips para un embarazo y parto saludables o justamente esas representaciones acerca de lo saludable, en tanto *natural*, con los mínimos chequeos y una demonización constante de la atención médica fueron mi primer aproximación a este modelo. Y el parto ideal, en ese contexto, era sinónimo de parto en casa. Sólo conocía de partos “en casa” por los relatos de mi abuela, enfermera y partera empírica de los pueblos de Traslasierra Córdoba. Para mí, el parto en casa no era algo deseable sino una circunstancia de un contexto donde la atención sanitaria institucional no era una garantía al alcance de toda la población.

Pero de a poco comencé a tomarlo en cuenta como opción posible para evitar el trato despersonalizado y jerarquizante del modelo médico hegemónico. No se nombraba en esos términos, pero yo codificaba de ese modo las características que mencionaban del modelo de atención institucional. Incluso tuve una entrevista con la partera de Ñuñu,

aunque faltaba bastante para mi parto. En esas reuniones conocí a una mujer, que ya había decidido tener a su bebé en casa, con la que tuvimos afinidad porque ambas éramos de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Claro, si alguien de Puan -nombre de la calle de la CABA donde se emplaza la Facultad que se usa como sinónimo de la misma-, docente e investigadora en Historia optaba con esa confianza, me estaba *perdiendo* de algo. Las semanas se siguieron sucediendo y yo, a pesar de estar atendiendo mi embarazo por mi obra social ya estaba en averiguaciones por opciones de parto en casa. A una de las reuniones asistió el fundador de la asociación, el neonatólogo Jorge Díaz Walker³⁸. Me llamó mucho la atención la *veneración* con la que se lo trataba. Mucho de lo compartido en las rondas se basaba en su libro “Nacer en casa” (1989). Para mí era un médico, y me parecía contradictoria su *adoración* respecto al resto de los médicos que eran criticados en cada ronda. Pero en aquella reunión en el patio de la asociación, en un atardecer caluroso se dio el intercambio. No pude evitar preservar la horizontalidad del grupo, por la cual no se expresaban fundamentaciones basadas en las formaciones de cada una, y dije que era antropóloga, lo cual le generó a Díaz Walker curiosidad y comentarios alentadores acerca de cómo podría intervenir en las reuniones aportando información sobre nuestra “evolución”, el hecho de ser “primates”, “mamíferos” y su relación con el parto vertical, la lactancia, etc. Atiné a asentir, pero nada de eso me interesaba. Le dije que, por los relatos de partos que había escuchado, me interesaba indagar más en la cuestión del rito de pasaje. Luego habló del futuro parto de Ana, mi “compañera de panza” y vecina intelectual de “Filo”, y de los planes de asistencia de su parto en casa, a lo que varias presentes acompañaron con comentarios. Era entendible que el embarazo avanzado de Ana fuese el centro de atención.

Lo tomé como algo anecdótico, había conocido al médico legendario y —de algún modo— parecía ser el único interesado en que yo fuese, además de una mujer embarazada, una antropóloga. Intenté en varias oportunidades retomar el tema reflexivo sobre lo que escuchaba. Mi *self* antropóloga era inescindible de mi circular por el mundo. Y éste era un mundo muy del interés antropológico. Un día insistí. Me estaba yendo. Me pareció que la coordinadora de turno sería más empática. Le dije que me gustaría también investigar, en un esfuerzo de oficializar mis anotaciones —que trascendían los

³⁸ Promotor del parto en casa y auto reconocido como “médico anti-vacunas”, en 1974 fundó Ñuñu -en quechua: mamar o madre-. De esa asociación partió la iniciativa de ternarlo para el premio de mejor médico del año por los “valores humanitarios” de su actividad. Recibió el galardón que otorga el Poder Ejecutivo el 28 de noviembre de 2001. Haber conocido a este médico es un hito fundante de mi travesía por las implicancias biográficas, políticas y legales que tendría nuestro intercambio dentro de Ñuñú. Walker falleció en 2015.

meros consejos y tips de los encuentros— en su potencialidad etnográfica y que tomaran una posible “investigación social” como algo valioso para la asociación. La respuesta de hace quince años, bajo el marco del portón que separaba el patio de reuniones de la vereda mientras me la cerraba en la cara, aún me atraviesa:

“Vos, primero, *parí*”.

No sería la primera vez que la condición de (no) haber “parido” jugaría, con exclusiones o inclusiones de conjuntos y subconjuntos, un rol en mi travesía etnográfica. Si desde el feminismo se lucha contra la ecuación mujer = madre, en varias oportunidades tuve que lidiar emocionalmente con la ecuación maternidad = parto, entendiendo por parto sólo el vaginal, cuando en términos médicos una cesárea es otra vía de finalización del parto. Y entendiendo por un *buen parto* aquel con las mínimas intervenciones médicas, acompañada en la intimidad, si es posible con fotos de buena definición. Pero ese solo sería el inicio.

La verdadera problematización llegó en marzo. Todas sabíamos que Ana ya había superado las cuarenta semanas de gestación. A nuestra pregunta a la partera de la asociación siguió un larguísimo relato para explicar que la beba había nacido muerta. No fue sino hasta que la misma Ana me llamó para contarme lo sucedido que terminé de entender que el *relato oficial* estaba bastante lejos de lo sucedido. Ana fue atendida en la Maternidad Santa Rosa de Florida (Vicente López) el 18 de marzo de 2003. Según el informe de rigor, la beba había fallecido tres días antes. Díaz Walker negó haber tenido una relación contractual con Ana para atender el parto, incluso negó haber estado asistiendo a las reuniones de Ñuñu. Y yo lo había conocido allí. Había hablado con él. Él había hablado del parto en casa que próximamente tendría Ana.

Tuve un periodo de no saber qué hacer, seguí por dos semanas yendo a Ñuñu, supongo que buscando razones sobre lo sucedido. Intentando comprender cómo, en lugar de solidarizarse con la familia en un momento tan trágico, se buscaban explicaciones que culpabilizaban a la mujer y a su marido. Necesité imperativamente buscar otros asesoramientos, así como contención. En ese estado llegué a la Asociación Civil Dando a Luz (DAL). Aún como antropóloga indagando no dejaba de estar embarazada, con toda la complejidad que ese proceso implicaba. Las reuniones en Dando a Luz desde entonces y hasta hoy en un departamento del barrio de Belgrano, en una zona residencial de la Ciudad de Buenos Aires. Aquella ronda, era diferente. Cada mujer, pareja o familia comentaba qué iba a buscar a la reunión, se circulaba información, un listado de obstetras que atendían en instituciones públicas o privadas, obras sociales, guardias “amigables” en hospitales, y también algunas referencias de parto domiciliario.

El abanico de posibilidades incluía lo público y no se ofrecía ninguna alternativa de atención como la “mejor”, sólo desde el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Cuando comenté lo sucedido en Ñuñu, Mariana Giménez, una de las coordinadoras de la reunión, me dijo que Ana ya las había contactado y que la estaban acompañando. Me tranquilizó el hecho que no estuviera sola. Yo ya me había comprometido a atestiguar, si decidía llevar adelante alguna acción legal. Ahora podría concentrarme en “parir”.

Pero algo más sucedió en esa ronda, una de las participantes se presentó como investigadora, realizando un trabajo sobre atención de partos o algo relativo. No presté demasiada atención a lo que decía, solo la vi con una libreta, una birome y me dije: “entonces es posible”. Pasarían cinco años, muchos encuentros, testimonios, un juicio y dos cesáreas más atravesando mi cuerpo, para que elaborara el regreso a la universidad, a la investigación, a la antropología. Las rondas por las que circulé en una búsqueda personal pero inescindible de mi formación me presentaron un espectro de lo que se consideraba natural y deseable³⁹ y también de lo que se excluía como no humanizado: lo íntimo asociado a lo doméstico familiar se postulaba como escenario y condición para que lo natural tuviese sede. Por otro lado, el parto sin intervenciones farmacológicas como ideal perseguido se presentaba como un dolor elegido, rito de pasaje necesario hacia un nacimiento saludable y “gozoso”, en tanto prueba de “poder” y “valentía”.

En DAL me sugirieron realizar un consentimiento informado⁴⁰, y me ayudaron a hacerlo, para establecer qué prácticas quería evitar, asegurarme la compañía de mi

³⁹ En mismo barrio de Florida conocí otra modalidad de atención, sin intervención de obstetras ni obstétricas, eran doulas. Acompañaban “sin tocar” o intervenir en el proceso de parto. Se autoadscribían como fuera del ámbito de Díaz Walker, pero sí dentro del de “Rolo”: Rolando Freyre, otro médico legendario de los partos “naturales”. Otra opción de parto “humanizado” la recorrí con el obstetra Carlos Burgo y equipo, en un amplio living de un departamento en un barrio residencial de la Ciudad de Buenos Aires. Había establecido contacto con las obstétricas de su equipo, Vendela Chignac y Alejandra Mazzeo, que habían visitado Ñuñu y trabajaban con él. Ya en ese momento me habían dado a entender que el modelo de parto en casa de Walker, casi sin asistencia, no era su modo de trabajo, tampoco el de aquellas mujeres que supieron ubicar perfectamente cuando mencionamos a “Rolo”. En unos pocos meses tenía tres referencias y modelos diferentes de partos en domicilio. Mi circulación se tensaba entre la búsqueda de información para fines personales y la exploración antropológica. De todos modos, era imposible escindirme de la experiencia de muerte de la beba de Ana, por más que ella me explicara una y otra vez que no tenía que ver con la decisión de parir en la casa sino de la negligencia de quienes no le indicaron internación cuando la necesitaba.

⁴⁰ En medicina, el Consentimiento informado (CI) es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del/de la paciente y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento médico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos. Con el asesoramiento de DAL presentamos con mi (ex) marido el documento de CI en la recepción del Hospital Italiano.

pareja durante el nacimiento de mi hijo, como no había ocurrido con mi primer experiencia. Ese documento era la herramienta con la que se contaba en aquel momento para prevenir intervenciones innecesarias en términos de evidencia clínica y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Mi hijo nació el 17 de agosto de 2003, por cesárea y acompañada de mi marido, en el Hospital Italiano, desde 1872 una institución privada de salud de Buenos Aires. Respetaron eso y todo lo que pedí que hicieran o evitaran para el bebé. Un cambio de guardia entre residentes partidarios del parto vaginal después de cesárea y otros detractores, la no dilatación y una amenaza de múltiples tactos con cinco residentes observando, “porque es un hospital escuela” me inclinaron a optar por la cesárea en una lucha cuerpo a cuerpo. El consentimiento informado, como luego recibí de varios testimonios, podía tomarse como una afrenta al saber médico, algo pretencioso, un derecho aún no hecho carne. Desde ese momento decidí no exponer mi cuerpo como campo de batalla. Volvería sobre el tema de algún modo, pero no así.

Sin saberlo, en ese periodo se estaba gestando la Ley 25.929 que se promulgaría al año siguiente, donde DAL había sido parte importante del proceso.

3.2. “Dando a Luz” una ley

DAL se fundó como asociación civil en el año 2000 en Buenos Aires. En su inicio, las fundadoras se autodefinieron como “el primer grupo de mujeres dispuestas a modificar el sistema establecido de atención del parto y el nacimiento en defensa de los derechos reproductivos”. Expresaban lo reproductivo entendido en términos de embarazo-parto-nacimiento. La participación de dos de sus fundadoras en el grupo de preparación para el parto de la reconocida obstétrica/partera Raquel Schallman⁴¹ fue el disparador de esta asociación civil. Raquel Schallman es también co-fundadora de Dando a Luz; cofundadora de APAu. Agrupación de Parteras Autónomas y es miembro de Liberparto, equipo que ofrece un espacio para re-pensar el nacimiento. Schallman es creadora del ACE (Abordaje Corporal Emotivo), como método de preparación integral del parto y también ámbito de formación. Aunque a lo largo de su trayectoria, también

⁴¹ Me resulta interesante mencionar que Schallman fue la obstétrica de María Alicia Gutiérrez, mi docente de Derechos Sexuales y Reproductivos en la UNSAM, una de las referentes más importantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en Argentina. En clase, María Alicia nos comentó cómo buscó un modelo de atención con mínimas intervenciones y rechazó la anestesia en su parto. También cómo cuestionó luego esas decisiones relativas a un parto ideal y natural por esencialistas. Sin embargo, es importante resaltar, como vengo mencionando en el trabajo, la dinámica de las narrativas de las experiencias, que no se fijan ni se cristalizan sino que se reescriben y resignifican de manera permanente en tanto personales políticas. Y donde el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es fundamental, incluso en cómo se elige interpretar la propia experiencia corporal.

atendió en el sistema institucional público y privado, Schallman es una promotora del parto en casa en Argentina y una de las pioneras en difundir la obra de la española Casilda Rodrigáñez Bustos, escritora, filósofa feminista y libertaria que expone la problemática del parto y la maternidad denunciando el origen del patriarcado en el “parirás con dolor” del Génesis. Entre los libros de Rodrigáñez, *Pariremos con placer* es el de mayor circulación virtual e impresa entre las mujeres que eligen parir en su casa y los espacios de confluencia de feminismos y nuevas espiritualidades, cuyo prólogo fue redactado por Schallman para Editorial Madreselva (2009). Por su parte, Schallman editó un libro de amplia circulación en el ámbito del ideario del parto humanizado de habla hispana, *Parir en libertad* (2007), donde el parto se presenta como un hecho sexual y disfrutable, una experiencia de poder para las mujeres, en oposición al modelo institucional que las sitúa en un lugar de sujeción y sumisión.

Sonia Cavia y Claudia Alonso Werner tuvieron sus partos en sus casas con diferencia de pocos meses en el mismo año, y posteriormente continuaron reuniéndose en el grupo de puérperas, también coordinado por la misma partera. Las experiencias gozosas de sus partos, el ideario de Schallman y la notoria diferencia con relatos de atenciones dentro de instituciones, las nuclearon para extender el derecho a un parto humanizado a otras familias. Los espacios de reunión de mujeres por los que atravesaron antes y después de sus partos, les permitieron reflexionar críticamente y pensar la idea de armar una asociación por los derechos de parto-nacimiento. Lo emotivo personal, como disparador de la incidencia política es uno de las características que las definen. A diferencia de otras experiencias ancladas en lo traumático para trascenderlo en acciones en la arena pública, DAL se caracteriza por haber nucleado en su fundación mujeres con experiencias, o narrativas de experiencias, deseables y placenteras.

Las miembros de DAL realizaron una primera reunión en la ciudad de Buenos Aires y convocaron a contactos conocidos, en su mayoría profesionales de la medicina que venían trabajando en la línea del parto humanizado. En las siguientes reuniones, que comenzaron a ser mensuales, sumaron a la convocatoria a mujeres embarazadas y pasaron a un formato de reunión informativa o de difusión de derechos. Cavia asistió en el año 2000 a la conmemoración de los quince años de la Declaración de Fortaleza, que incluyó el documento Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento⁴². A su regreso comenzó, desde DAL, el armado de una red de parto humanizado en Argentina. De ese modo, esta asociación civil se transforma en la impulsora a nivel nacional de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización

⁴² Declaración citada en el capítulo anterior.

del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (Jerez, 2015a). Desde ese inicio hasta el presente, se constituyó una red virtual con referentes de cada provincia del país. Cada año la coordinación general se somete a votación. Desde julio de 2012 y de manera ininterrumpida, la presidenta por Argentina es María José Bernasconi⁴³.

Desde su fundación, DAL interactuó con referentes institucionales y comunitarios para sentar las bases de una propuesta normativa que tradujera las recomendaciones de la OMS a la legislación argentina y realizó charlas en instituciones de salud como el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y el Hospital Posadas de la Ciudad de Buenos Aires. Al ser médica obstetra una de sus fundadoras, el lenguaje compartido y las acciones de incidencia circulaban entre la entidad no gubernamental y el ámbito médico institucional. En una de las reuniones mensuales se acercó la ex diputada María Lucila “Pimpi” Colombo, Fundadora y --hasta la fecha-- Secretaria General del Sindicato de Amas de Casa, con la propuesta de convocar a DAL a dar charlas de parto humanizado para las mujeres de su sindicato. Fue ese enlace el que hizo de puente con la política partidaria. “Pimpi” ingresó a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires como representante del partido formado por Domingo Cavallo y Gustavo Beliz en 1998, Nueva Dirigencia; y pasó a ser luego presidenta del bloque del PJ. Como legisladora de la Ciudad de Buenos Aires, Colombo impulsó la Ley 1.040 por el derecho de toda mujer a estar acompañada por la persona que ella designe en el transcurso del trabajo de parto y el momento del nacimiento y en la internación. Esta ley se sancionó en junio de 2003. En el momento de la sanción, el director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), José Belizán⁴⁴, manifestó⁴⁵ que está demostrado que el acompañamiento de la embarazada desde el trabajo de parto genera “grandes beneficios biológicos”: reduce la necesidad de suministrarle analgésicos y sedantes a la madre, disminuye la incidencia de cesáreas y mejora las condiciones del recién nacido.

El 8 de marzo de 2004 el entonces presidente Néstor Kirchner firmó el proyecto de Ley de “Parto Humanizado” para ser tratado en el Congreso de la Nación. “Está definitivamente comprobado que la disminución de la angustia y del estrés que se genera

⁴³ La genealogía de cómo conocí a María José se relata en el capítulo 4. Con rupturas y continuidades, recorre toda mi travesía; primero como informante clave para luego convertirse en compañera de incidencias en la arena de la politización del parto, eventual alumna de mis cursos y una referente histórica y política del parto respetado en Argentina.

⁴⁴ Belizán es un referente de la medicina basada en evidencias, con quien tuve intercambios entre 2008 y 2011 para buscar un enriquecimiento interdisciplinario para la aplicación de las leyes 25.929 y 26.485.

⁴⁵ Extractos de la conferencia de prensa citada en la nota de Página 12 del 9 de marzo de 2004 <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-32432-2004-03-09.htm>

como consecuencia del acompañamiento en el parto, incide favorablemente en las complicaciones obstétricas.” afirmó, en conferencia de prensa en Casa de Gobierno, el ex ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, quién también enfatizó que se trataba de “una iniciativa que concurre al objetivo de búsqueda de igualdad por parte del Estado”⁴⁶ y que “en ese sentido, se propicia un cambio cultural, para permitir la presencia del papá en la sala de partos”⁴⁷. Cabe aclarar que la ley expresa en el Art. 1, que el acompañamiento de la mujer debe darse “por la persona que ella designe” y no por el padre como sugería González García en una clara reproducción de un modelo de pareja/familia heteronormativa. Por último enmarcó el proyecto como “ley de Derechos Humanos”⁴⁸ aludiendo a la Declaración OMS de Fortaleza que establecía “cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada”, teniendo en cuenta “los factores sociales, emocionales y psicológicos de la mujer”. La Ley 25.929 finalmente se sancionó en agosto de 2004. Resulta interesante mencionar que el mismo 8 de marzo, Colombo asumió en el Consejo Nacional de la Mujer, siendo una designación muy controvertida para el movimiento feminista, dado que como diputada votó en contra de la ley de salud sexual reproductiva y la ley de unión civil⁴⁹.

En la figura de “Pimpi” se condensan tensiones características de la arena de politización del parto, donde los derechos reproductivos se enfatizan desde cierto maternalismo, el feminismo es relativizado o restringido, lo doméstico se reivindica como un espacio de deseo y poder, entre otras cuestiones sobre las que profundizaré en los siguientes capítulos y que rompen con el sentido de las luchas que desde el movimiento feminista construyeron el concepto de ciudadanía reproductiva. La Ley de Parto Humanizado no se construye como una ley con perspectiva de género y mucho menos feminista, pero se consolida en la perspectiva de Derechos Humanos, característica del primer periodo político kirchnerista (2003-2007), más la paradoja de haber sido gestada por una fuerza política de derecha.

3.3. Una muerte y un nacimiento

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ Es interesante señalar cómo, recientemente, la Secretaria General del Sindicato de Amas de Casa se declaró a favor de la despenalización del aborto “a título personal” en el contexto del tratamiento de la Ley de Interrupción Legal del Embarazo debatido y votado en la Cámara de Diputados en junio de 2018, habiendo participado de las sesiones de audiencias previas a la votación. Lo hizo recuperando el valor social de la maternidad y afirmando, entre otras cuestiones que “Considero que el aborto NO es el ejercicio de un derecho de la mujer sobre su cuerpo...”. Dejo la referencia de su exposición para futuros debates sobre las representaciones de la maternidad, el parto y el derecho al aborto: <http://www.parlamentario.com/noticia-110253.html>

Fue en el mismo momento --2004-- en que se estaba redactando la Ley 25.929, que Ana inició acciones legales contra Díaz Walker y la Asociación Civil Ñuñu por la muerte de su beba. Los tiempos de la justicia hicieron que yo recién pudiera atestiguar en el juicio civil en 2006, cursando mi tercer embarazo. El derecho a un parto ya no era un problema a dirimir en mi cuerpo. Aquel “Vos, primero, parí” no era condición para cuestionar, ni investigar. Poner el cuerpo, para atestiguar era un acto de justicia. Casi no hubo testigos que pudieran afirmar lo que yo había presenciado o que hubieran aceptado atestiguar. No podía retirarme de la escena. Di mi testimonio teniendo a Díaz Walker y a un grupo de mujeres a su alrededor, dándole apoyo. Recuerdo que celebraron que me hubiera equivocado en el nombre de la calle de la sede de las reuniones. No fue prueba de falso testimonio. Iba siempre en bicicleta, conocía cada detalle de la cuadra, de la casa, de las dinámicas, los nombres de las personas.

El calor sofocante, la densidad de toda la situación en los Tribunales de San Isidro, el agobio y el desconcierto que me provocaban las mujeres apoyando al médico, alimentaban mis ganas de comprender por qué... La oficial de justicia que me tomaba testimonio me decía “no lo mires, concéntrate en mí”. Solo nos separaban unos metros. Atestigüé bajo esas miradas. ¿Por qué esa solidaridad con el médico y no con la familia afectada? ¿Por qué me seguía pareciendo el trato, casi místico, como si se tratase de un *gurú*? me preguntaba. ¿Por qué un hombre tenía que ser el centro de la escena si estábamos hablando de partos?. Me sigo preguntando, también, por otros referentes masculinos de la escena de parto, lactancia y crianza⁵⁰. Porque la pregunta que sí había comenzado a madurar en Ñuñu tres años antes ya estaba en proceso aunque esquivé por años reflexionar académicamente sobre el “parto en casa” como práctica hasta que la historiadora Karina Felitti me invitó a colaborar como autora en un libro sobre maternidades (Fornes, 2011). Las preguntas: ¿por qué las mujeres/parejas decidían correrse o, al menos, impugnar a la institución en base a sus experiencias traumáticas en ella o a las gozosas del parto en casa? o ¿cuáles son los marcos conceptuales por los que el dolor puede ser una experiencia elegida y la sangre algo a no temer?.

Esas fueron las bases para cuestionarme por las representaciones y prácticas de los diferentes modelos de parto-nacimiento. Narrar estas experiencias, no se trata sólo de rever cómo la práctica antropológica influía en mi manera de observar y vivenciar los intercambios cotidianos sino que ese quehacer me permite hoy “poder entender las

⁵⁰ El cirujano Michel Odent (Francia) como referente de la “mamiferización del parto” y el pediatra Carlos González (España) como referente de la lactancia y la “crianza con apego”, por mencionar algunos referentes que no son objeto de análisis en esta tesis, pero que no puedo dejar impugnar como militante feminista en tanto productores, desde un saber médico y masculino, de mandatos maternos esencialistas.

zonas más oscuras de mi propia experiencia sexual, corporal, emocional, intelectual o política" (Esteban, 2004: 45).

El 24 de mayo de 2012, ocho años después del fallecimiento de la hija de Ana, el Juzgado 3 de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Isidro confirmó la sentencia que había sido apelada por Díaz Walker: "Responsabilidad del médico pediatra por el fallecimiento de la hija de los actores, quien estuvo comprometido en la asistencia del parto domiciliario de la actora, omitiendo culpablemente junto a la partera observar la conducta que era debida, puesto que ante la existencia de complicaciones no dispusieron su necesaria internación."⁵¹ A su vez deslindó responsabilidades a la Asociación Civil Ñuñu, revocando la sentencia en su contra: "si bien es cierto que la contratación de la atención médica de la actora con los codemandados tuvo su origen en las reuniones que se efectuaran en el ámbito de la Asociación, de ello no es dable concluir en que exista una relación causal adecuada con el resultado dañoso derivado del nacimiento de la hija de los actores muerta, puesto que éste tuvo su causa en la conducta omisiva de los restantes codemandados".⁵²

¿Para qué contar esto? Porque no hay preguntas sin historia y cuerpo previo, sin una conexión emocional, así sea de extrañamiento y rechazo o de empatía y solidaridad. Lejos de presuponer una distancia aséptica, la reflexividad fuerte (Harding, 1996) supone una participación comprometida por la cual el/la sujeto de conocimiento no se desvincula del proceso de investigación y los efectos que provoca. Se trató del primer juicio en circunstancias de parto domiciliario, aunque lo que se juzgó no fue la locación, ni la decisión de la familia, sino el acto de abandono y la negación de la responsabilidad. Tuvieron que hacerse pericias telefónicas para probar que la atención y seguimiento de parte del médico existieron. Para mí, esa muerte entrañó un nacimiento. O un renacimiento de la antropóloga.

Lo compartido con Ana me llevó a indagar de manera autodidacta en la producción antropológica sobre reproducción, a la vez que problematizaba los relatos de partos que escuchaba y registraba desde 2003. Mantuvimos contacto un tiempo. Ella tuvo dos hijos, uno por cesárea y otro en su casa. Un día la crucé por el barrio y me preguntó por el parto de mi tercer hijo, a lo que respondí que claramente era una cesárea habiendo tenido dos previas. Su respuesta me desconcertó: "pero la OMS dice que siempre es más riesgoso tener otra cesárea que intentar un parto". No quise explicar

⁵¹ La sentencia, donde se recupera el proceso y aparezco citada como testigo puede recuperarse en:
<https://aldiaargentina.microjuris.com/2012/07/18/responsabilidad-del-pediatra-que-asistio-en-un-parto-domiciliario-y-ante-la-existencia-de-complicaciones-no-dispuso-la-internacion/>

⁵² *Ibíd*em

demasiado, sobre la obra social con sistema cerrado, sobre no tener que probar en mi cuerpo algo para lo que no me daba ni el presupuesto, ni las ganas. Tampoco la mala experiencia con el consentimiento informado en el 2003. La pregunta era entonces ¿hasta qué punto hay que poner el cuerpo para cambiar un sistema? ¿cuáles son los horizontes de sentido, las utopías que se persiguen al negarse a ser un cuerpo dócil? Estaba tranquila con mi intervención en el juicio, aunque faltarían seis años para que la sentencia fuera un acto de justicia. Esa travesía me llevaría nuevamente a la facultad en 2008, ya con un corpus de experiencias, preguntas y textos *in-corporados*.

Había transitado terrenos muy dramáticos de intervención, casi sin tener demasiada elaboración teórica al respecto, mis primeras aproximaciones me ligaron por simpatía primero con algunas de las antropólogas de la reproducción⁵³ que participaban de los reclamos de organizaciones promotoras de la humanización del parto desde el *birth activism*, enmarcado en la investigación-acción. Habiendo vivido lo vivido, era difícil que me imaginara otra forma de pensar un problema. Tres de estas antropólogas analizaron exhaustivamente el modelo de nacimiento de cada uno de sus países: Sheila Kitzinger en Inglaterra, Robbie Davis-Floyd en Estados Unidos y Michelle Sadler en Chile, dando como resultado la publicación de numerosos trabajos que trascendieron el ámbito académico, en organismos nacionales como internacionales, en publicaciones médicas y muchas veces sentando bases para nuevas regulaciones sanitarias del sistema oficial.

El discurso médico obstétrico fue analizado por Sheila Kitzinger (1999). La autora señala que la utilización del lenguaje no es neutra sino que impone ciertos valores y juicios inherentes al sistema de poder que enmarca el modelo médico. En otro trabajo, analiza los efectos las imágenes de partos de urgencia que se imponen desde los medios. Ya sea a través de *realitys* o ficciones la repetición de estas secuencias y clichés del parto, provocan una anticipación de sentido acerca de la necesidad de intervención médica (Kitzinger, 2001). En ambos análisis está presente el factor miedo impuesto a la mujer desde el poder médico a través de lenguaje verbal, gestual y visual que perpetúa el status quo sobre cómo debe ser desde el imaginario y desde la práctica, un parto. Kitzinger se desarrolló también como partera, integrando sus conocimientos antropológicos en las formaciones que brindó tanto para obstétricas, embarazadas y dentro del campo de la antropología del nacimiento, hasta su fallecimiento en 2015.

En EEUU la referente de la investigación-acción es Robbie Davis-Floyd. Tomando como base el concepto de rito de pasaje de Víctor Turner (1988), analiza las

⁵³ En el capítulo anterior no me detuve en estos aspectos de las autoras de la antropología de la reproducción que me parecía más pertinente presentar aquí por una cuestión de genealogía de los nudos problemáticos.

rutinas médicas que rodean y organizan el parto. Sostiene que todos los procesos por los cuales pasa la mujer: infantilización por rasurado, inmovilización en camilla, aislamiento de sus afectos y pertenencias, insensibilización por anestesia, heridas cortantes por episiotomía o cesárea; tienen como finalidad la aceptación de una estructura de relaciones de poder que en el ámbito hospitalario es la obstetricia occidental y a nivel macro es la estructura social basada en la tecnocracia (1993).

Davis-Floyd visitó varias veces Argentina, invitada por la Fundación Creavida⁵⁴ siendo 2004 un año clave, dada la sanción de la Ley 25.929. En ese momento dio una entrevista a Luciana Peker, en el suplemento del diario Página 12, *Las12*. En esa ocasión comentó su experiencia personal, vinculada a su interés en la temática de los partos como problema socioantropológico: “El reto que tenemos nosotros, ahora que contamos con la antigua sabiduría y la actual tecnología, es que se respete el deseo de la mujer.”⁵⁵ En 1979, cuando tenía que decidir el tema de su tesis, tuvo a su primera hija. “Cuando nació Peyton me dijeron que no podía tener un parto natural. Yo tenía un médico muy tecnocrático que me decía ‘Sólo tienes cuatro centímetros (de dilatación), nunca vas a llegar a diez, tenemos que hacer una cesárea’. Me quedé con la idea de ‘no puedo, no tengo fuerza’. Me sentí desahogada. Cuatro años después, di a luz a mi segundo hijo (Jason), que pesó 5 kilos (era más grande que Peyton), en mi casa, con una partera. Tuve la sensación de haber cumplido con mi bebé y además conmigo misma.” (Peker, 2004)

Ese relato resonaba con muchos que había escuchado y seguiría escuchando en rondas y múltiples sitios de interlocución. Una primera experiencia anuladora y una segunda superadora y *empoderadora*. Para mi subjetividad, que lo hiciera una antropóloga reconocida tenía más peso, porque lo hacía desde su lugar de incidencia académica y política. Escribir desde una misma era algo con lo que resonaba sentidamente. Era una activista y yo quería ser como ella. Cinco años después, en ocasión de la visita donde la conocí personalmente, vendría cierto desencanto. Fue en una actividad de la Fundación Creavida en 2009 donde habló de su experiencia a través del mundo con diferentes tipos de modelos de parto. No pude dejar de escuchar cierto

⁵⁴ La fundación se creó, al igual que DAL, en 2000, se autodenomina como “Centro de difusión y Concientización sobre la Importancia del Inicio de la Vida” también como fundación “comprometida con la causa de los bebés y la humanización del nacimiento”. Tiene actividades de formación y acompañamiento en perinatología y haptonomía y una editorial que entre otras obras, publicó *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano* (2009) una compilación de artículos de la antropóloga. Presencé la presentación del libro y tuve la oportunidad de intercambiar pareceres sobre la importancia de la producción antropológica y la incidencia en el cambio social de las prácticas obstétricas.

⁵⁵ Entrevista publicada el 23 de mayo de 2004 en *Las12*, entrevista de Luciana Peker: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-1215-2004-05-23.html>

exotismo en el relato, al que asocié con un sesgo colonial. Pero como vengo señalando, la emoción fundante, en este caso de deslumbramiento y admiración, habilitó algo que venía escuchando en otras narrativas. La experiencia superadora de un parto más placentero que se comparte en un intento de restarle potencia a lo experimentado anteriormente como traumático.

Me pregunté entonces, ¿habrá algo de eso en Latinoamérica? Conocí, también en ese periodo pre-feminista, el trabajo de la antropóloga Michelle Sadler quien aborda el modelo de nacimiento de Chile, señalando que el modelo occidental ubica al parto como “acontecimiento médico” (2004). Con ello entiende que el evento se entiende como un proceso fisiológico e incluso patológico que legitima la intervención y el control médicos quitando de la esfera de la experiencia subjetiva de la mujer la posibilidad de protagonizar el nacimiento de su hijo. Sadler incorpora la perspectiva de Foucault sobre la medicina moderna como práctica social donde el objeto es el control del cuerpo. En este caso el cuerpo femenino debe entenderse como una realidad biopolítica. El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas.

Como eje analítico para comprender los fenómenos que estudia, utiliza también el concepto de conocimiento autoritativo (*authoritative knowledge*) (Jordan, 1993), entendido como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado. La constitución del conocimiento autoritativo es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad, que en la atención de partos hospitalarios, toma la forma de supresión activa de todo lo que la mujer pueda saber, sentir o imaginar acerca de sí misma durante el proceso (Sadler, 2004).

Por su parte, exploré la producción académica de Brasil respecto al parto y la noté más desligada de la militancia y el activismo del nacimiento que los trabajos detallados más arriba. Aunque me llamó la atención el trabajo de Susana Carmen Tornquist (2001) acerca del movimiento por la humanización del parto en Brasil. Esta última autora problematiza la univocidad del sentido en que se apela al “parto humanizado”, considerando por un lado su aplicación relativa al respeto a la mujer embarazada dentro del sistema médico hospitalario; y por otro, a una supuesta vuelta a la naturaleza donde humanización equivaldría a animalización e instinto en la relación de la mujer con su propio cuerpo (Tornquist, 2001). Por su parte Carmen Simone Grilo Diniz (2005) alude

cómo los distintos sentidos brindados al término “humanización” dentro del ámbito del parto, entran en diálogo y en disputa por un espacio político a ser ocupado. En este caso, eso que había vivido a través de mi segundo embarazo y lo que resonaba en lo que comenzaba a explorar de las iniciativas de parto humanizado, ya tenía antecedentes académicos regionales desde donde podría profundizar. Pero lo que más me *perseguía* eran los testimonios de maltrato. Siempre la unión entre modelo humanizado se relacionaba con una experiencia mala vivida, propia o cercana. Una experiencia a evitar y un modelo a seguir.

3.4. La escucha como acto de justicia⁵⁶

En los años que demandaron esa primer exploración circulé por espacios disímiles, entre rondas de mate y relatos de parto de asociaciones y grupos autogestivos. Se trataba de mujeres de diferentes niveles socioeconómicos y con niveles educativos desde secundario completo hasta nivel de posgrado. Y sobre todo, tenían estilos de vida muy diferentes, entre la opción ecológica, anticonsumista y anti vacunas hasta quienes gustaban de las últimas tecnologías y no renegaban de la biomedicina. Sin embargo, una experiencia recurrente en mi presentación como antropóloga *de partos* y madre, no aún como feminista, ni activista y tampoco desde la etiqueta de la violencia, era un “yo te quiero contar lo que me pasó”. Algunas sin intermediar cita de entrevista, otras en grupo, pugnando por imponer su palabra. Al paso, en lapsos de varias horas, en varios días, surgía la búsqueda y necesidad de narrar lo sucedido, en un intento de exorcizar la experiencia⁵⁷.

Según Veena Das (1996) el dolor hace un reclamo, que puede ser atendido o ignorado. Es así como los lenguajes del dolor son los lenguajes con los cuales se reconoce el dolor, con los cuales se viene a saber de su existencia; “el término que ella nos ofrece, en forma correcta y amenazadora, es ‘atestiguar’” (Cavell, 2008: 377). Todas las historias remitían a la violencia, el trauma, la herida. *Violencia* aún cuando no se nombraba en calidad de obstétrica, ni de género y aún años después del pasaje legal, sin que tuviera que mediar un consenso sobre si tipificaba o no como tal.

⁵⁶ Excluyo relatos y análisis sobre los procedimientos médicos cortantes de la cesárea y la episiotomía, que tomaré en el capítulo siguiente para historizar la incorporación de la noción de “violencia de género” y “violencia obstétrica” en el contexto de sanción de la ley 26.485.

⁵⁷ Los nombres de las testimoniadas fueron alterados para preservar su intimidad. Se presentan como modelos de experiencias institucionales que representan un conjunto de narrativas relevadas en observación participante en grupos de puerperio de mujeres de clase media. Por otro lado, como acto de no revictimización, dejando latente su posible relectura desde otros contextos y contingencias que pudieran alterar lo que en ese momento consideraban violento o traumático.

Este apartado comprende entonces una aproximación al cuerpo *doliente* vivido en la atención institucional donde recupero y revisito el primer acercamiento que tuve para modelizar las prácticas médicas. Parto del supuesto que entiendo fundante acerca del cuerpo y las emociones que subyace a prácticas consideradas como violentas en los términos de las mismas mujeres: el ser tratada como *objeto*.

Aún atravesadas por la subjetividad y los laberintos de la memoria, las experiencias corporales son accesibles y es a partir de ellas que se pueden reconstruir sus narrativas encarnadas.

La imposibilidad de acceder a ese puro cuerpo no es excusa para que las experiencias corporales concretas (indiscutiblemente atravesadas por los discursos ideológicos), sean excluidas de los análisis, como muchas veces sí termina sucediendo en los trabajos postestructuralistas (Citro, 2003: 110)

En la narración de la experiencia como anclaje de lo emotivo, como algo que “estuvo mal”, que se sintió “impuesto” o “invasivo”, que fue “sufrido” y que podría haber sido de otro modo. Una experiencia emotiva subyugante, de dolor, indignación, culpa, vergüenza que sería fuente —o puente— hacia la instancia misma de la entrevista o relato en ronda. El largo proceso de lectura del testimonio me fue abriendo paso a lo cotidiano y recurrente de todos los relatos así como al testimonio comprensible en tanto acontecimiento, en el intento de no confundir la “verdad contingente, producida y coyuntural del sujeto con una supuesta verdad esencial del mismo” (Trebisacce, 2016:14). Algo básico como *ser* quienes eran o cómo eran, se les había negado y de eso se trataba el narrar. El cuerpo atravesado había dejado una huella física pero también emocional. La culpa, la vergüenza, la bronca, también eran sitios de agencia para la interlocución.

Una informante con la que tuvimos vínculo durante toda la travesía etnográfica dijo que había descubierto que su deseo era estar en la “escena del parto”, que era su lugar. Que luego de una experiencia de acompañamiento del nacimiento de su sobrina, quería dedicarse a esa bella tarea. Me quedé pensando ¿qué es la escena del parto? ¿Cómo es? ¿Es para todas igual? ¿O hay diferentes escenarios para el parto? La antropología, las etnografías clásicas y más próximas, nos hablan de una multiplicidad de escenarios, protagonistas, procedimientos, en cada nacimiento humano (Jordan, Davis-Floyd, Sadler, entre otras). Las mujeres con las que estuve trabajando todos estos años, que parieron en instituciones, describen una escena de parto bastante diferente a algo deseable: luces de tubo, voces extrañas, manos que sujetan, desnudez incómoda, dolor e incertidumbre. Retos, pinchazos, cortes. Cuerpos. ¿Qué es un cuerpo en un

parto? ¿Qué es un parto en un cuerpo? Un ámbito hostil, donde nada se puede decidir, donde todo es extraño, todos son extraños, el cuerpo es un otro, es cuerpo es de otros, el propio cuerpo ya no es propio. Donde todo sucede bajo la mirada, la voz, el tacto, ajeno y todo es medible. 40 semanas de gestación, 5 minutos entre cada contracción, 10 centímetros de dilatación son la fórmula perfecta y el cuerpo correcto. El cuerpo en la atención obstétrica es un cuerpo de alguna manera fallado o fallido, que no responde a los parámetros del cuerpo correcto y la predictibilidad de su fisiología. Los sucesos deben ocurrir según lo pautado, de manual o de facto, pero en las lógicas obstétricas ajenas a la persona que atraviesa el proceso. Esas lógicas heredan de la tradición cartesiana, positivista, industrial, la conceptualización de un cuerpo escindido de la mente, un cuerpo cognoscible, manipulable, predecible en términos de tiempos, procesos y productos.

El supuesto de la mujer envase tiene múltiples formas de emergencia, la del monitoreo fetal es la más típica que supone un seguimiento de los latidos aunque para ello se le impida a la mujer gestante algo básico como moverse para atravesar los dolores de las contracciones. Es pasar a segundo o último plano, la atención se centra en ese sujeto por nacer, aunque se anule a quien lo gesta, porta y pare. Escindido y enajenado, el cuerpo deja de ser identificado como sujeto para ser monitoreado y medido. Esa medición puede ser a través de máquinas o de las mismas manos de quienes intervienen. ¿El objetivo? Conocer qué le pasa al cuerpo, aunque para ello la mujer no tenga ninguna entidad en calidad de conocedora de sí misma y del proceso que está atravesando.

Poco a poco iba perdiendo la confianza en la partera, más aún cuando comenzó a discutirme por el dolor que sentía. “¿Ves esta curva? Es la contracción. ¿Estás segura que no te duele mucho? Porque acá (señalando el monitor) se ve que es muy intensa”. Pero yo no sentía mucho más que un dolor del peor día de menstruación. Así se lo explicaba. Ella no confiaba en mí, yo ya no confiaba en ella. Ahí, sentí angustia, incertidumbre porque ya todo estaba fuera de mi control. “Te tiene que estar doliendo”, me insistía, como si no fuese mi cuerpo del que estaba hablando. (Magdalena, parto en institución privada)

El goteo con oxitocina impone un ritmo al cuerpo que no responde a los tiempos esperados. Como se entiende que ninguno lo hace, porque cada cuerpo es diverso y los estándares médicos, son eso, estándares, las intervenciones se suceden en cascada pasando de lo farmacológico a lo mecánico.

era como si yo no estuviese ahí, me controlaban sin explicarme demasiado qué hacían, me pusieron una vía sin decirme qué tenía, me metieron los dedos y me

rompieron bolsa. Me llevaron a la sala de parto con un dolor insoportable y mientras yo estaba en otro planeta, ellas manejaron la situación. Como ya no se podía hacer una cesárea mi bebé nació con fórceps. Ya no podía pujar del dolor. Todo pasó como si yo no estuviese ahí (Karina, parto vía vaginal en institución privada).

Existe un desplazamiento de sentido entre tener y sentir un cuerpo. El yo, se escurre. La sensación de ser tratada como una cosa maleable, intervenible, que no opone resistencia simplemente porque no está entre los códigos de respuesta esperados por la autoridad médica, ni como estrategias posibles en tanto *ser* sujetos con agencia. Sin embargo el cuerpo no es de otros, el cuerpo tampoco es de una, el cuerpo es una. Que atraviesa la situación de parto tratada como fuera de sí, aunque absolutamente presente e incorporada desde su subjetividad. La bronca y la frustración de ser tratadas en tanto cosas operan como germen de elaboraciones sociales, en tanto que comprenden que lo que les sucede no es solo individual sino que se trata de un sistema de atención, algo más allá de ellas que las atraviesa políticamente. En ese sentido, “las emociones afectan la forma en que el cuerpo, la enfermedad y el dolor se experimentan y se proyectan en las imágenes del cuerpo social y corporal que funciona bien o que funciona mal” (Scheper Hughes y Lock, 1985 :28).

Y es entre las prácticas más incómodas de enajenación, el *tacto* tiene un lugar privilegiado. Un ángulo de 45°, la separación máxima entre dedo índice y mayor. Dos dedos que intentan abrirse en “V” dentro de la carne íntima, para volverla pública y medible a través de sucesivos tactos vaginales que dirimen si ahora es cuando una mujer está lista para parir. La vergüenza se vive a través de los genitales expuestos y la invasión de personas desconocidas que exploran su interior.

“Es un hospital escuela y ellos son residentes”, dijeron. Aguanté el primer tacto, dolorosísimo que me hizo una residente, de varios que aguardaban atrás. El número que dijeron indicaba que no tenía casi dilatación. “Cero coma cinco” ¿Cómo carajo se mide eso con dos dedos adentro de un cuerpo? A eso la partera agregaba que las contracciones eran fuertes. Les dije que no quería que otro me metiera los dedos. “Esto es así, no hay manera de saber si dilata si no la tactamos y ellos están aprendiendo”. Yo seguí repitiendo que no quería, pero ellos eran muchos. Yo estaba tendida en una camilla rodeada de miradas de desconcierto, como si estuviese mal que yo dijera que no quería que me metieran los dedos en la vagina, que la loca era yo. (Patricia, parto vía cesárea en institución privada)

A *ser cosa* se aprende. Objeto de prácticas, cuerpo maleable, intervenible, no es sinónimo de no-ser. La mujer sigue siendo, sintiendo, porque no tiene un cuerpo, lo es. Como si se tratase del tango donde “la ignorancia de la mujer acerca del baile que ejecutan, es una condición necesaria de la buena calidad del mismo” (Carozzi, 2009:126) Los testimonios apelan a la experiencia de ser tratados, medidos, testeados, como si no estuvieran allí, en una disociación máxima entre mente-cuerpo, sujeto-objeto, pero donde el cuerpo siente-piensa en el mismo acto en que es embestido por dedos que lo abren y rompen, que inyectan y forjan ritmos y medidas. Ritmos impuestos desde el exterior operan instaurando rutinas, como mecanismos de coacción donde el cuerpo aprende que debe comportarse siguiendo pautas ajenas (Sirimarco, 2001). “el sujeto obediente, el individuo sometido a hábitos, a reglas, a órdenes, a una autoridad que se ejerce en torno suyo y sobre él, y que debe dejar funcionar automáticamente en él” (Foucault, 1989:134). El cuerpo debería reaccionar a la voluntad o presencia de la orden como si fuera su propia voluntad, en la respiración, los pujos, en la posición para parir, en los movimientos posibles y el comportamiento adecuado. El *portarse bien*.

Gritaba, me dolía, me retaban.

“Te estás portando mal” me decían.

Me acostaron para que pariera. Me dolía horrores. Yo gritaba que no podía, pedía por mi mamá.

“Ahora llámás a tu mamá, no?. Bien que cuando te lo hacían no querías estar con tu mamá” decían esas mujeres.

Estaba sola, gritaba, me gritaban. El bebé no salía, yo no podía, me dolía, pedía la cesárea. Se reían, me retaban más. Pensaban que yo no quería parir, que tenía miedo. Sí que tenía miedo, pensaba que me iba a morir. Se me sentaron tres personas en la panza para empujar porque mi fuerza no alcanzaba... Sentí que me rompía. Me desmayé. (Cintia, parto vaginal con emergencia obstétrica, institución pública).

El ser dócil es el sujeto legítimo en la escena de la atención obstétrica institucional. No sabe, confía. No cuestiona, obedece. No grita, calla. La docilidad no sólo se aplica al movimiento in situ. Aún atada, silenciada, debe acreditar una historia casta, pura. Es importante señalar la matriz heterosexual de la institución de salud. Si el género no es una entidad empíricamente observable, sino un registro a partir del cual insertarse en una trama de relaciones, es esperable comprobar que muchas mujeres médicas, parteras, enfermeras, socializadas en los valores de la institución, elijan posicionarse en el entramado jerárquico a partir de un discurso y una actitud que incorpora el imperativo de la masculinidad hegemónica. El modelo de objeto intervenible también quiere un cuerpo dócil, mudo, sufriente y casto. Los epítetos que aluden a la sexualidad revisten una

forma particular de sometimiento. Tal vez porque la estructura de género no es sino una de las modalidades en que puede revelarse esta estructura de poder. Las relaciones de género —como las de poder— están signadas por el status, por la polaridad: expresan siempre una demarcación de posicionamientos jerárquicos y de valores diferencias. Se constituyen por esto, en una arena donde sobreimprimir formas de sujeción, donde “el polo jerárquico se constituye y realiza justamente a expensas de la subordinación del otro” (Segato, 2002:31).

Preparar al cuerpo para que obedezca, incluye sustancias químicas, sujeciones a través de cables (goteo) y cintos (monitoreo) para volverlo predecible, manipulable, también amenazas de castigo ante el mal comportamiento. Porque el sometimiento institucional tiene un modelo que es el *cuerpo dócil*. Dado que doblegando el cuerpo, lo que se doblega es también la voluntad, el self (Sirimarcó, 2010). Pero el cuerpo como objeto, escindido de su voluntad, es un efecto de poder, no su base y las resistencias son posibles. El cuerpo es un ser sensible que actúa significativamente, con habilidad, competencia y propósito (Crossley, 1995).

Al llegar el expulsivo⁵⁸, intento ponerme en cuclillas y no me dejaban. Alguien me tiraba para atrás mientras me decía... “lo vas ha matar, sos una india”. Les pedí silencio... mi hijo estaba por nacer, pedí respeto por favor, ¿no ven que necesito un poco de amor?. Se rieron. Pedí por mi compañero, pero una doctora no quería que lo llamen. Una enfermera se apiada y lo busca... “Entrá, hacé que se acueste, la van a castigar peor sino lo hace” le dijo. Entró. Yo me acuclillaba y me recostaban. Nace mi hijo pero no llego a mimarlo que se lo llevan corriendo. (Clara, parto en institución pública)

La que grita, abunda en fluidos, despliega su cuerpo en flexiones libres y abre su boca disputando los sentidos de placer y poder, se hace lugar entre esos mandatos. No se trata de actos heroicos que subvierten los habitus y rituales de la obstetricia, se trata de mínimos gestos que se erigen como estrategias de agenciamiento. Una mujer que silencia y sujeta. Y sin embargo, que puede resistirse, moverse. Y al moverse, pone en evidencia el entramado de supuestos de clase y género acerca de lo normal y lo moral. El cuerpo maneja un entendimiento que, antes que aprendido, es experimentado; un entendimiento asentado en prácticas antes que apuntalado en ideas, donde “el pensar y el comunicarse a través del cuerpo precede y, en gran medida, siempre permanece más allá del habla” (Jackson, 1983: 328). Y como afirma Csordas (2010), el concepto de habitus pierde valor analítico si no permite incluir la capacidad para su propia transformación. Si esto se contempla, el cuerpo permanece como el *locus* donde se unen

⁵⁸ El término expulsivo hace referencia al momento en que se comienza a pujar. Es una categoría técnica que alude al nivel de información que tenía Clara sobre la fisiología del parto.

y se expresan las contradicciones de estas múltiples percepciones (Comaroff, 1985) y sus virtuales transformaciones.

Ser sumisa es el comportamiento legítimo en la escena del parto institucional. Es no saber o al menos simularlo. Es acatar las jerarquías, aunque se sepa que se está recibiendo o reproduciendo un daño. Es la expresión máxima del no-poder, de la anulación de la potencia en el momento de la expresión máxima de la pro-creación. Un asalto a la humanidad donde se acumulan el ser cosa y el ser dócil. El cuerpo es la superficie sobre la cual se inscriben los programas políticos del Estado y del capital industrial (Das, [1995] 2008: 427). Y sin embargo el cuerpo encarna emociones que responden y disputan aún la humillación más flagrante, la cicatriz más larga, el trauma más profundo.

Por esta razón, de ninguna manera puedo afirmar que no media rechazo, resistencia, ni aún resignificación, entre lo instruido y lo aprendido. El énfasis no está puesto en la mayor o menor efectividad del disciplinamiento sobre las y los sujetos, sino en los propósitos de las disciplinas mismas y en el sujeto normal(izado) que pretenden lograr. Como bien advierte Foucault (1980), los individuos no son nunca el blanco inerte o consintiente de un poder que se aplica sobre ellos. El cuerpo es un agente activo, imbuido de su propia sabiduría y armado de una intencionalidad y un lenguaje particular. El cuerpo, antes que como un objeto de comprensión, debe ser entendido como un sujeto de conocimiento” (Sirimarco, 2010). Una antropología de las relaciones entre el cuerpo y el cuerpo político conduce decididamente a la consideración de la regulación y el control no solo de los individuos, sino de las poblaciones y, por lo tanto, de la sexualidad, el género y la reproducción, lo que Foucault (1980) denomina biopoder.

Con este recorrido a través de algunos casos-modelo, el supuesto básico del sistema biomédico de atención, no pretendo ubicar a las mujeres en la pasividad absoluta dado que el testimonio mismo las reubica desde la agencia de testimoniar en un trabajo de campo como acto de denuncia, sino abstraer los principios básicos como punto de partida. Identificando la violencia que vive en quienes se constituyen como *víctimas*, aún cuando consideran su testimonio como exorcismo del estigma transformándolo en *experiencia* de superación. Los principios eróticos de la libertad de movimiento, la sexualidad desnuda con sus fluidos, el afecto y contención entre caricias y palabras, el ritmo singular de los tiempos biológicos y psíquicos, siguen librando batalla a los principios de muerte y agresión, a la soledad del aislamiento, al anonimato, a la inmovilidad y a la rutina cortante de la disciplina institucional.

Sin embargo, en ese proceso de aprendizaje, que responde a pautas ajenas de la inmediatez de la violencia, aún en la negación de la humanidad, ese cuerpo sea en silencio o a gritos, cuestiona, resiste. Es. La bronca, la impotencia, la vergüenza y la tristeza por lo vivido tienen referentes concretos que se construyen sobre lo deseable no experimentado. Las resistencias posibles, aquello que el cuerpo hace, más allá de lo que le hacen al cuerpo, se erigen desde las emociones encarnadas que se anclan desde otros pilares y supuestos que corresponden al ideario del modelo que abordaré en profundidad el siguiente capítulo.

Si bien es cierto que la coexistencia de la producción de conocimiento riguroso, con la militancia de la denuncia, en tanto lógicas discursivas diferentes, de acuerdo a que tradicionalmente unas se sitúan en el ámbito académico y otras en el espacio de las luchas explícitas en búsqueda de justicia, genera en lecturas desde epistemologías más tradicionales, incompatibilidad o fricción; siguiendo a Veena Das (1994) la descripción de contextos y dinámicas saturadas por la violencia y el sufrimiento es una tarea antropológica, siempre que se evite expropiar la experiencia personal que sustituya la autoridad de la víctima⁵⁹ sobre su dolor y su condición de doliente (Ortega, 2008: 35)⁶⁰.

En ese estado de escucha, alerta y denuncia antropológica reingreso en 2008 a la investigación-formación institucional, mientras lentamente y al paso de complejas disputas de sentido la Ley 26.485 se estaba tejiendo. Un proceso que me había tenido como testigo del horror por la muerte de una beba por negligencia médica, me había devuelto al proceso de registro y testimonio, no ya entre documentos etnohistóricos de conversión religiosa como en mi iniciación a la investigación, sino en otros ritos de pasaje donde la resistencia del cuerpo era probada de formas extremas, elegidas o impuestas. Y, no. No me pedían como condición haber parido para investigar. La violencia comenzaba a ser enunciada y yo a reconocerla también en mi propia travesía.

⁵⁹ Víctima no es un término al que suscriba al momento de la escritura de este trabajo, en todo caso lo considero como un concepto renegociable a través de los itinerarios corporales individuales. Nunca como una etiqueta externa sino como una forma de autoadscripción que puede modificarse a través del tiempo.

⁶⁰ Ortega, F. (2008) *Rehabitar la cotidianidad*. En Veena Das : sujetos del dolor, agentes de dignidad / ed. Francisco A. Ortega. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.

Capítulo 4

Violencia obstétrica: entre *evidencias* y *resistencias*

Sabemos ahora que ciertas cicatrices pueden definir la forma del futuro.
O al menos definir, como una determinación negativa,
la forma que el futuro no tendrá.

Ignacio Apolo. *La apropiación*. 2014

En este capítulo relato y analizo varias escenas de campo, contemporáneas a la tipificación legal de la violencia obstétrica (2008-2010) como punto de convergencia para el análisis de los modelos, de la medicina basada en evidencias y del ideario del parto humanizado. La producción académica enlazada con el feminismo también aparece en escena enriqueciendo dinámicas para iniciativas de salud. Se trata de un período de superposición de agentes y eventos muy complejo que tensa sentidos acerca de lo que se considera deseable y posible. Un nodo de convergencia máxima en la genealogía de la politización del parto.

4.1. Papers y ritos médicos

El 11 de diciembre de 2008⁶¹ entablé de manera independiente intercambios con el Dr. José Belizán⁶², médico obstetra investigador del “Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño”⁶³ del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS⁶⁴) y

⁶¹ Como describí en el capítulo 1, 2008 fue el año en que incorporé la perspectiva de género y me *convertí* al feminismo. El proyecto resultante del Seminario de investigación anual, cursado con Mónica Tarducci se llamaba “Espacios perinatales del género”. Paralelamente había cursado un posgrado del Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica, del CONICET. Desde ese marco formalicé mis intervenciones en el campo que ya había comenzado a recorrer hacía años en grupos de parto, hacia lugares más “institucionales”. Éste fue mi primer paso dentro de las instituciones de investigación clínica.

⁶² Médico obstetra, doctor en Biología de la reproducción de la Universidad del Salvador y doctor en Medicina de la Universidad de Rosario. Belizán había participado asesorando en la elaboración de la Ley 1.040 (2003) de la Ciudad de Buenos Aires y en la Ley Nacional 25.929 (2004).

⁶³ Actualmente, se desempeña como investigador principal en el Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño del IECS. También es profesor asociado de la Universidad de Tulane y de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos) e Investigador Superior del Consejo Nacional de Ciencia y Técnica de Argentina (CONICET). Recuperado de <https://www.iecs.org.ar/glossary/dr-jose-belizan/> en septiembre de 2018.

⁶⁴ El IECS es una institución académica independiente y sin fines de lucro que se dedica a investigación, educación y cooperación técnica en salud. Es una institución afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) que alberga una unidad ejecutora del CONICET, un centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un Centro Cochrane. Surgida en 2002, su misión es “contribuir a mejorar la salud global, generando y promoviendo la aplicación de la mejor evidencia científica”. El IECS cuenta con diversos

referente del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El 11 de diciembre de 2008 le escribí un correo electrónico solicitando bibliografía que sólo había visto referenciada por los títulos en la página web. Con el asunto “Investigación en Antropología de la Reproducción -Pedido de material” fundamenté mi interés y le expliqué en el cuerpo del mensaje que estaba indagando “en las representaciones y prácticas relativas a la mujer en situación de parto, el lugar de la experiencia femenina en la toma de decisiones y su relación con el debate por la humanización del parto-nacimiento”. Quería leer los trabajos completos para buscar una conexión con lo que estaba explorando antropológicamente en la búsqueda de un acercamiento transdisciplinario que me aportara “conocimiento científico sobre la experiencia de parto”.

No solamente los títulos de la bibliografía me habían llamado poderosamente la atención, sino que el concepto mismo de la medicina basada en evidencias (MBE) era en sí mismo parte de la exploración en las representaciones y prácticas. ¿Qué tiene de particular este modelo? Recupero de la propia presentación del IECS que los objetivos se orientan a producir conocimiento desde la investigación, a través de instancias clínicas y sanitarias, desde lo local a lo global promoviendo la utilización de evidencia científica para aportar a la toma de decisiones médicas. También capacitar y dar apoyo técnico tanto para la investigación como para la gestión y evaluación de políticas públicas de salud, entre otras metas. Sin embargo, lo que más interesaba para mi investigación era el objetivo de promoción de la participación de “usuarios, pacientes y población en general en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud”. Y en ese sentido, Belizán me contestó el mismo día en que escribí el mail, con una respuesta inesperadamente alentadora. Cito parte de ella⁶⁵:

Nos interesa el tema del rol de la mujer en el proceso de la atención y en este momento estamos terminando un protocolo de una investigación que comenzará en enero para ver las expectativas de la mujer en relación a la cesárea. Nos preocupa el alto uso de la cesárea y la poca participación de la mujer en la decisión.

(...) le estoy adjuntando a texto completo varios artículos que hemos publicado sobre la atención del embarazo y parto, la humanización y el rol de la mujer.

departamentos, centros y unidades. El contacto establecido fue con el Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño.

⁶⁵ La comunicación estaba firmada por José M. Belizán, Department of Mother & Child Health Research, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), con copia al director de dicho departamento Dr. Fernando Althabe. Ver mail completo en anexo Documentos.

Entre los documentos que refirió estaban los que fueron clave para conectar las prácticas cortantes de la cesárea y la episiotomía con la idea de “rituales” desde lo antropológico, en tanto acciones repetitivas escindidas de una eficacia práctica y realizadas más por su eficacia simbólica. Esto era algo que Robbie Davis-Floyd ya había señalado, basándose a su vez en el trabajo de Victor Turner y aplicándolo a la obstetricia, y ahora aparecía en ensayos clínicos realizados en Argentina (Rosario) y Uruguay (Montevideo), en hospitales públicos y privados. Los relatos de ronda, buscando evitar los cortes traumáticos y culpando a la medicina y a los médicos, también estaban señalados como perjudiciales desde la misma medicina. Aunque no, no era exactamente la misma medicina. Se trata de la investigación científica y no del trabajo médico dentro de las instituciones.

La conexión entre ambos mundos tan aislados, el de los relatos *subjetivos*, fragmentarios, encarnados desde la frustración, el dolor y el duelo relevados en mi trabajo de campo, y el de la “evidencia científica” relevada con ensayos clínicos que señalaba como innecesarias y perjudiciales determinadas prácticas, contribuirían a darme el impulso para desarrollar con más fundamento (y legitimidad, según entendía en 2009) un trabajo, que estaba gestando para presentar en el I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género, que iba a realizarse a fines de mayo de 2009 en Universidad Nacional de Córdoba. El dolor ante el cuerpo invadido y lastimado, herido arbitrariamente, según las narrativas de las mujeres, adquiriría una nueva dimensión al leer su señalamiento negativo desde la investigación médica. *¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?* (Tomasso et. al., 2002) se llamaba el trabajo que más me *marcó*. En él se contrastaban los “argumentos” de realización de la episiotomía versus la evidencia clínica que contradecía tal práctica. En un intento de traducción antropológica de esa información construí un cuadro con “algunos de los principales *relatos* con que se sostiene esta rutina cortante” comparándolos con las evidencias médicas en su contra (Fornes, 2009: 4). Entendiendo como “legitimación mítica de la práctica” de la episiotomía de rutina los argumentos de evitar el dolor, prevenir desgarros y acortar el parto y contrastándolo con la evidencia que dicta que el riesgo de sufrir dolor puede ser mayor, los desgarros más severos, alargando la duración del parto e incluso incrementando el riesgo de ingresar a cuidados especiales para los recién nacidos (Tomasso et. al., 2002 en Fornes, 2009).

Más allá de esta desmitificación, una palabra puntual dentro de la publicación de Tomasso et. al. sería la clave para conectar la práctica arbitraria de la episiotomía de

rutina con la idea de violencia: la “agresión”. En sus dos acepciones para la RAE, significa tanto la acción violenta que realiza una persona con la intención de causar un daño a otra, como la acción que es contraria a los derechos de una persona. Esa forma de caracterizar la episiotomía de rutina en un trabajo de medicina basada en evidencias se convertiría en una suerte de “descubrimiento”. Algo que traduje en la ponencia así:

Tanto desde lo físico, lo psicológico y lo social debemos encuadrar esta práctica dentro de las violencias de género, ya que su uso indiscriminado “configura una innecesaria agresión a la mujer” (Tomasso, et. al., 2002:118).

No es que hubiese agresiones innecesarias y otras necesarias. Ni siquiera había reparado en lo desacertado del calificativo. Sin embargo, ese escrito habilitó en mí la posibilidad de nombrar como violencia de género la rutina cortante. Fue un hito de mi travesía etnográfica y política, aunque paradójicamente su origen fuesen las palabras de un equipo de médicos. Me recorrió una emoción de entusiasmo, aunque estuviera hablando de violencia, cuerpos y cicatrices. De hecho, hablaba de marcas de género.

El 15 de abril de 2009 finalmente conocí personalmente la sede del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria a partir de una reunión con los referentes de la medicina basada en evidencias que había contactado solo por mails y publicaciones. Acompañaban la escena dos sociólogas que había conocido en un curso de posgrado⁶⁶, en un intento de proponer una investigación interdisciplinaria basada en mi proyecto y trabajo final de posgraduación⁶⁷. La instancia de reunión para evaluar propuestas de alguna estrategia de investigación conjunta, que nunca fue, derivaría en uno de los hitos significativos de mi travesía etnográfica. La reunión se desarrolló alrededor de una mesa muy grande para la cantidad de personas que éramos, que imponía una distancia que sumaba nervios a los que ya llevaba por el encuentro. El IECS no olía a hospital, pero las

⁶⁶ Las sociólogas Eva Vázquez y Vanesa Luro habían presentado un trabajo-proyecto de evaluación final sobre juventud, pero se sintieron convocadas por la temática de mi proyecto por cuestiones personales. Una de ellas había tenido a su hijo en un parto domiciliario, asistido por la obstétrica Raquel Schallman, creadora del ACE (abordaje corporal emotivo) de preparación para el parto. Mi compañera de equipo, la abogada Lucía Merino era una colega docente del régimen pre universitario de un colegio de Palermo. La institución nos había becado para el posgrado. Resolví aplicar mi interés en la perspectiva de género aplicada al análisis de modelos de atención perinatal para el trabajo final y ella me acompañó aportando el enfoque legal. Dado que su interés por la temática específica del parto se había circunscripto exclusivamente a la evaluación de finalización, dejó de acompañarme en otras instancias e intentos de concretar el proyecto presentado.

⁶⁷ Merino, L. y Fornes, V. 2008. “Gestar y parir espacios de género. Un abordaje cultural sobre la palabra, la experiencia y el poder en los modelos de parto”. Trabajo final del curso de posgrado Construcción de proyectos en Ciencias Sociales. Investigación cualitativa, Acción social y Gestión cultural. <http://www.ecursos.caicyt.gov.ar>, CAICYT-CONICET.

paredes eran blancas, oficinas grandes, se parecía más a una empresa. El trato de José Belizán era tan cálido como por mail, lo acompañaban el director del Departamento Fernando Althabe, mucho más distante, y Agustina Mazzoni otra obstetra investigadora⁶⁸ que nos sonreía suavemente como dándonos ánimos.

Se trataba de una reunión para “evaluar posibilidades de trabajo conjunto” pero no tenía demasiadas expectativas. Eran médicos investigadores ligados con mucha trayectoria trabajando con la OMS versus sociólogas y una antropóloga con escaso currículum académico en la temática, aunque mucho interés en ganar experiencia. Sin embargo, pero ese encuentro etnográfico era todo un logro en sí mismo. El 23 de marzo había recibido un mail de aceptación de mi resumen extenso para el I Congreso Iberoamericano de Género en el que había citado el trabajo del IECS sobre la episiotomía, el resto era todo ganancia. Habíamos llevado unos libros de Robbie Davis—Floyd como “referencias”. Lo que nos pedían eran “evidencias”. Se referían a números que no teníamos, claro. Al menos investigaciones concretas sobre la temática: ¡“datos”!. Las sociólogas no claudicaban. Claro que era posible generar esos datos si nos financiaban una investigación o —al menos— nos incorporaban a alguna ya en marcha. Yo seguía registrando el campo. La distancia en el vocabulario, cierta impaciencia del director, un esfuerzo enorme de parte de Belizán para hacer converger el interés común en alguna estrategia de investigación. Fue un momento tenso, que por momentos consideré de una incomodidad innecesaria. Esos sentipensares se diluían al comprender la potencialidad etnográfica que tenía el encuentro, más allá de lo infructuosa que resultara la reunión en términos de un acuerdo para investigar conjuntamente. Recordaba la materia de la carrera de Antropología, Epistemología y Métodos de la Investigación social. El “dualismo metodológico” se me presentaba en vivo. Dos caminos paralelos de investigación. El tema era hacer comprender que se trataba de un mismo *objeto* a investigar. Mencionaron otro intento para realizar algo coordinado con una ONG -Dando a Luz—, un estudio sobre las ventajas del acompañamiento durante los partos. La idea era hacerlo con doulas o sujetas que cumplieran ese rol. “Con Claudia Alonso se podía

⁶⁸ Agustina Mazzoni es médica especialista en Tocoginecología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Al momento de la reunión era maestranda Efectividad Clínica en la misma casa de estudios. Se incorporó al IECS en 2007 como investigadora de planta. Defendió su tesis de maestría en 2013. En su presentación pública como profesional explica que: “Siempre estuve interesada en comprender la inequidad existente entre las distintas clases socio-económicas en nuestro país, así como en otros países. Me interesé en la investigación como una manera de mejorar la salud pública sobre todo en países de bajos y medianos ingresos.” Desde junio de 2017 Mazzoni es la Coordinadora Nacional del área de cobertura prestacional del Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación. “En este puesto he logrado trasladar todo el conocimiento adquirido a la población de nuestro país, así como también formarme desde la práctica diaria en gestión en salud pública.” Recuperado del perfil público de la red LinkedIn, en septiembre de 2018.

hablar. Con Sonia Cavia, no.⁶⁹, afirmaron. Sin entrar en demasiados detalles. Los términos “combativa” y “conciliadora” sonaron por lo bajo. Algo que en ese momento —sin conocer a ninguna de las dos— no podía comprender totalmente. Sólo meses después cuando conocí a Claudia, un vínculo que iría profundizando a lo largo de los años. Alonso seguiría intentando forjar un cambio desde el mismo sistema médico, enlazando con su incidencia a través de DAL y conectándose con otras agrupaciones. Lo “combativo” de Sonia la llevaría por caminos antisistema institucional. Mientras las posibilidades de hacer algo conjunto se escurrían en los minutos, propusieron que siguiéramos el intercambio con Agustina.

4.2. El cuerpo médico

La obstetra e investigadora nos alentó a insistir, porque “lo cualitativo es un bache importante que tiene el IECS”, con la presentación de algún proyecto sólido buscando financiación en organismos internacionales. Lo decía con la confianza de que podríamos conseguir algo, pero no fue ese voto cálido el que me conmovió. De alguna manera se había dado el ambiente para que una de las sociólogas dijera que tuvo a su hijo en su casa⁷⁰ o yo le contara de mis partos por cesáreas. Algo impulsó a Agustina a contar su propia experiencia. Fue en esa reunión más íntima, sin una mesa gigante que nos separara; que se dio uno de los testimonios que más me marcarían en la investigación. Las investigaciones del IECS habían aportado a mi trabajo desde papers, ahora sería el testimonio a viva voz de una de sus médicas investigadoras.

El relato de Agustina, en ese marco de la facultad de Medicina en el área de Salud de la Madre y el Niño, es inesperado; habla de su salto del consultorio médico (el propio) a la investigación en medicina basada en evidencias. De cómo su conocimiento obstétrico integrado a su deseo de un parto con las intervenciones mínimas que aconseja la OMS basado en décadas de investigación y su lugar de saber hegemónico se derrumban de una forma dramática cuando ella se convierte en la paciente. El mismo título universitario y la confianza de años con su ginecólogo y obstetra no alcanzaron para que respetara sus decisiones. Con papers internacionales y nacionales sobre la agresión innecesaria que implica la episiotomía, y habiéndole pedido expresamente en todo el embarazo que no realizara esa práctica, en pleno expulsivo y viendo azorada

⁶⁹ Claudia es médica obstetra, Sonia doula y partera comunitaria. Luego de renunciar a Dando a Luz fundó la asociación Doulas de Argentina y años después, la Escuela de Parteras Comunitarias, en Córdoba. En abril de 2009 yo no conocía personalmente a ninguna de las dos. Claudia sigue siendo miembro de DAL, atiende en instituciones de salud pública, en consultorio y también asiste partos domiciliarios.

⁷⁰ Con Raquel Schallman, al igual que las fundadoras de DAL.

cómo la tijera se acerca peligrosamente a su cuerpo, ella le reclama “no me cortes”. Y él le responde entonces “ahora el médico soy yo” y realiza la incisión. Agustina lo contó como si estuviese sucediendo en ese momento. O, al menos, yo lo viví así.

El poder se instituye como un ejercicio que separa y aísla, que resulta del juego de las diferencias, de su simbolización y de su manifestación espectacular (Balandier, 1994). El poder deviene, él mismo, un ejercicio de institución, en tanto sanciona y consagra —a través de sus discursos y dramatizaciones— un estado de cosas, así se trate de dos obstetras, de pares, el juego de posicionamientos jerárquicos se establece en el marco pautado de quién está llevando adelante la práctica.

El cuerpo se convierte en un registro donde el poder inscribe sus signos y motivos, y donde esta demostración de poder acaba siempre recurriendo a la exhibición de su *poderío* (Balandier, 1994). La experiencia puede ser entonces cualquiera, pero debe remarcar el hecho de que soy yo el responsable de ella. La eficacia de mi poder se muestra cuando puedo someterlo a situaciones que se supone que no elegiría voluntariamente (Todorov, 1993).

Entre nuestras miradas de asombro Agustina cerró el relato situándose como en un final de un recorrido: “Dejé el consultorio, ahora estoy tratando desde la investigación de que esto no pase.” Fue un cierre y un inicio.

Me sentí una privilegiada al escuchar semejante relato. Luego supe que Agustina compartía su experiencia en cada intervención del IECS (charlas, conferencias) en espacios relativos a parto respetado. Así lo haría en mayo de 2009 en la ciudad de La Plata donde también la narró.

El encuentro que me había provocado cierta desesperanza, o resignación ante la divergencia de lenguajes, representaciones y prácticas para encauzar algo conjunto entre la investigación clínica y la sociocultural. Esa suerte de choque metodológico y epistemológico terminó convergiendo desde un giro emotivo en la politización de la experiencia.

El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales (Esteban, 2004: 54).

“Lo personal es político” cobraba carne a un nivel casi internacional. Ese encuentro etnográfico fue un desafío epistémico y también un encuentro etnográfico que me permitió pensar sobre el territorio construido desde la medicina que cuestiona las prácticas desde la evidencia científica, de la dificultad que encuentra aún desde el mismo

lenguaje profesional, esa evidencia en bajar a las prácticas. También de los territorios intersticiales de la MBE con las organizaciones pro parto humanizado; de la proximidad y la distancia de esos lenguajes en busca del cambio. Desde un impacto emotivo más personal, Agustina me invitó a pensar sobre la politización de la experiencia desde lugares no compartidos con el movimiento feminista desde los territorios, pero sí desde las significaciones. Nos habla de cómo su cuerpo atravesado por la marca de género de la episiotomía puede ser leído como límite tolerable para traducir en acción la violencia sufrida. Pero ese no era un problema de indagación aún, para mí.

En ese momento, buscando generalidades y modelos, el relato me resultaba anómalo e incluso incómodo. ¿Si le pasaba esto a las médicas obstetras, qué podía esperarse para el resto de nosotras? ¿Era un testimonio publicable? ¿De qué serviría? El hecho es que faltaban dos días para el envío de la ponencia completa para el congreso, y esto no modificaba mis conclusiones. Es más, reafirmaba la comprensión de la episiotomía como marca de género, como ritual que traduce relaciones de asimetría, incluso entre pares. Lo que no notaba aún, porque mis marcos teóricos eran de la antropología de la reproducción y de género, pero no desde las emociones, fue que ese situarse desde la conexión experiencia-emoción hacia una acción institucional también podía teorizarse.

Las emociones no sólo son parte de nuestras respuestas a los acontecimientos, sino que también —bajo la forma de profundas adhesiones afectivas— les dan forma a los objetivos de nuestras acciones (Jasper, 1998: 398)

En ese sentido y sólo cinco días antes, había realizado una entrevista en profundidad con una médica, otro testimonio mucho más largo que el de Agustina del que nunca publiqué nada (¿por anómalo también?), aunque sí fue incorporado de modo más transversal a mis reflexiones, lo que me llevaron a compartirlo oralmente en varias oportunidades, como parte del relato de lo terrible de la episiotomía de rutina, en actividades de militancia y docencia, es decir en acciones de incidencia. Muy frecuentemente, lo jugoso emergía del lugar menos pensado o, como en el caso de Agustina, de la persona menos esperada. De forma permanente, la etnografía excedía los límites autoimpuestos hacia impensadas locaciones de encuentro e intercambio. Sin embargo, una experiencia recurrente en mi presentación situada era un “te quiero contar”.

Carolina — Nosotras tenemos mucho que hablar. Quiero que me entrevistes.

Valeria — ¿Querés contarme tu parto?

Carolina — Mmmsi, pero también por qué **no** soy obstetra. Abandoné la residencia en segundo año. Soy médica psiquiatra.

Era una ex compañera, ni siquiera ex amiga. Me interesó, aunque estuviéramos en un reencuentro de egresados de primaria. Previo al intercambio, otro ex compañero médico psiquiatra le decía que el psicoanálisis era “cosa de minas”, que los que estudiaron medicina lo hicieron para “medicar”. Carolina Gollán, no le dio importancia, me dijo que era parte del folclore de “los médicos” psiquiatras menospreciar a quienes se habían formado también en psicoanálisis justamente para promover la curación desde los mismos pacientes. “Son re machistas”, dijo.

Acordamos la entrevista para el 10 de abril. Iba a escuchar a una médica que me quería contar por qué no era obstetra. No sabía si me serviría, de hecho, como dije antes, nunca publiqué nada citándola a pesar de que la entrevista me había resultado muy significativa.

Escuchar un testimonio requiere mucho más que un esfuerzo de evaluación epistemológica; excede dirimir entre la pertinencia o no al problema y los criterios de investigación. La escucha se me impuso muchas veces como un acto ético, la decisión de recibir con respeto y compromiso algo escondido, atesorado, que se me estaba ofreciendo para su comprensión y especialmente su circulación. Como señalé en el capítulo anterior, más allá de que cada encuentro no comprometía una publicación o cita del testimonio, encontré que las mujeres confiaban en mí para —al menos— ser tomadas en cuenta, en tanto personas, con una experiencia que les atravesaba la carne y la memoria. En este sentido, Celia Kitzinger (1987) critica la entrevista “vampirística” dirigida sobre un modelo de violencia sexual: “tomar, golpear y correr.” contraponiendo un modelo de reciprocidad, intercambio y mutuo placer, que es una estrategia similar a lo que intentaba hacer en la emergencia de los relatos. A Carolina, dar la entrevista le parecía hacer un acto de justicia.

Carolina: “Cortalas a todas”, me dijo el jefe de residentes. Yo esperaba en el expulsivo de cada mujer a que fuera necesario. En la práctica aprendí otra cosa. Con resignación, obedecí. De otra forma no iba a aprobar. Pero intentaba hacer el mínimo corte y tomarme el tiempo para suturar para que cada mujer no padeciera luego de la episio. Que cicatrizara rápido y bien. (Relataba con entusiasmo, una actitud de orgullo la empapaba. Yo acompañaba con sorpresa y admiración su relato). Hasta que un día el mismo jefe me *descubrió* suturando cuidadosamente a una mujer.

Carolina estaba en el segundo año de residencia de obstetricia en el Hospital Álvarez, cuando llegó a su límite. Reconstruye lo que le dijo el jefe de residentes:

“¿Qué estás haciendo? ¿Una *estética*? No querida, acá no trabajamos así.

Dos puntadas y listo. En un año van a estar de vuelta por acá.”

¿Porque eran pobres? ¿Inmigrantes? Sentí que no sobreviviría los dos años de residencia que me faltaban y abandoné. No iba a ser cómplice. Ya había sido testigo de burlas, insultos y hasta cachetazos. Y lo que más me desconcertaba era que las mujeres generalmente se disculparan luego de ese trato.

“Perdón doctor, estaba hecha una loca, me dolía mucho.”

“Gracias doctor, perdón que me porté mal.”

Me resultó insoportable. Repetir algo que sabía que estaba mal. Decidí pasarme a la salud mental.

Carolina hizo dos años de residencia de obstetricia en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, antes de pasarse de especialidad. Cuando la escuchaba empatizaba con su indignación pero no entendía que buscaba algún tipo de explicación de mi parte, que le dijera el por qué del comportamiento de las usuarias, más que de los/as médicos/as. Atiné a esbozar algo teórico sobre humillaciones internalizadas y las legitimaciones de desigualdad y jerarquía, que desde el sexismo y racismo hasta las expresiones internas del poder de clases se “ejerce a través de la acción del conocimiento y desconocimiento, conocimiento y sentimiento, con el inconsciente consentimiento de los dominados” (Bourdieu, 2000; Bourdieu y Wacquant, 1992). Claro que no lo cité textualmente, pero era la explicación que podía darle en ese momento. Me resulta más apropiado y cercano pensarlo desde la antropología de la reproducción. En este sentido, Sadler (2004) afirma que en los países en vías de desarrollo y en poblaciones vulnerables, la medicina des-sensibiliza y des-corporaliza a la mujer en el proceso de parto como forma de control social y la mujer misma acepta esta condición –que implica no decidir sobre su propio cuerpo/hijo- porque el conocimiento médico-tecnológico es un valor de prestigio dentro de este orden social establecido.

“Es claro que en muchas instituciones públicas las mujeres no son tomadas en cuenta para opinar y decidir sobre su embarazo y parto, y si se decide practicarles una cesárea no se le explica la causa, porque se considera que su nivel de escolaridad no es suficiente y porque se le ha hecho pensar que los servicios públicos son gratuitos y hay que aguantar(...) Por lo visto el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres depende de su nivel socioeconómico y escolar” (Ballesté y Fernández 1997 en Sadler 2004: 8).

Valeria: ¿Y tus partos? ¿Cómo fueron?

Carolina: Estuvieron bien, con mi obstetra de confianza, en una clínica privada. Eso sí, de la episio no me salvé... ¡ni con la segunda! Es así, de la episio no te salvás.

4.3. Marcas de género

La mímica de la tijera puede ser un juego de manos que define una decisión, una victoria, o bien una cicatriz inminente y permanente en el cuerpo de las mujeres. La mímica de dos dedos abiertos en un ángulo de 45°, ya no apuntaba hacia la práctica del tacto sino a pensar otra de las intervenciones que ahora conceptualizaba con la V de violencia.

Los testimonios de Carolina y Agustina, en tanto médicas me ayudaron a profundizar la lectura de esas prácticas como rituales; intervenciones que perdieron su efectividad clínica pero que se reproducen por su eficacia simbólica, la de perpetuar las relaciones de poder en las instituciones médicas; sea entre médicos y pacientes o entre médicos y residentes. El propio cuerpo cortado tenía significaciones diferentes para ambas médicas. En Carolina, fue la impugnación de una práctica que no estaba dispuesta a repetir arbitrariamente en otras mujeres, menos bajo razones de clase y etnia. Aunque no lo considerara violento en su propio cuerpo. En Agustina fue la experiencia de la arbitrariedad y muestra de poderío sobre su propio cuerpo a sabiendas de la evidencia clínica en desmedro de la episiotomía. En ambos casos hubo una forma de resolver y traducir esa indignación en acción.

La libertad es siempre situada antes que absoluta, dado que el concepto de agencia focaliza en el hábito como la sedimentación del pasado sobre el presente, de sentidos sociales incorporados. En este sentido, una concepción de agencia desde esta perspectiva no es de ser determinista, en tanto el sujeto no replica indiscriminadamente su comportamiento sino que la persona actúa con intencionalidad y significación. Las predisposiciones a actuar, percibir, sentir y pensar que recibimos con nuestra existencia, también incluirían la capacidad de traspasarse a sí mismas (Crossley, 2001: 34). En ese sentido, Carolina decidió no cortar más y Agustina aportar evidencias para que no sigan cortando. En ambos casos se relocalizaron o desplazaron sus sitios de agencia, pero no se corrieron del problema.

A sus testimonios se sumaban tantos otros que había escuchado y que me habían permitido escribir ya en clave de género reflexiones que iba a presentar al mes siguiente, en un congreso internacional:

La sistematicidad con que estos ritos se perpetúan sobre el cuerpo de las mujeres sugiere relaciones de género que subyacen en representaciones y prácticas y que

reproducen a través del tiempo relaciones de poder naturalizadas como obvias y necesarias. Enfatizamos aquí la relevancia de incluir la mirada antropológica a esta problemática para abordar la complejidad social que escapa a los números de la estadística médica y que es ciega a las experiencias de las mujeres (Fornes 2009)

Vincular antropología y medicina no era ninguna novedad en el campo académico pero yo lo vivía como descubrimiento, especialmente porque ahora podía nombrar la violencia. Nombrar ciertas prácticas obstétricas como violencia de género, desde la antropología, eso era lo novedoso. Conectar con saberes previos al género, de lo antropológico ritual, también era vivido como logro personal, ya que lo consideraba escindido en mi trayectoria académica. Desde ese momento en 2009, algo de lo vivido, aprendido y padecido (también) cobraban *sentido* en tanto dirección hacia. Las cicatrices de la episiotomía eran marcas de género, bastante próximas a las pruebas de valor de los rituales de pasaje, aunque no elegidas y absolutamente impuestas en un orden que establece que de no pasar por ese rito, no se pasa al otro estado. En este caso, el de la maternidad. Incluso, después de que se hayan completado los ritos, de que todo sufrimiento se haya olvidado, sigue existiendo un remanente que queda representado por las marcas de las heridas que quedan en el cuerpo. Esa marcación social se convierte en un obstáculo frente al olvido y el cuerpo se convierte así en memoria (Clastres, 1974).

Las rutinas repetidas ritualmente, cercenadas de la conciencia y el beneficio para la salud de las mujeres, deliberadamente o por omisión, acaban socavando su poder y capacidad de decisión. Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres primíparas⁷¹, atraviesan la institución sanitaria y se convierten en madres a través de algún corte corporal, es plausible considerarlos en este sentido, marcas de género. Porque sólo pueden realizarse sobre cuerpos femeninos, porque se sostienen y reproducen legitimados por la costumbre, y escindidos de la evidencia científica y del marco legal vigente, son cicatrices que expresan en lo físico y en lo simbólico relaciones de poder. La sociedad occidental por tecnologizada que esté, no se exime de rituales, mitos y poderes simbólicos. Por eso consideramos necesario hacer visible e inteligible la violencia de género en el parto para problematizar y desnaturalizar las representaciones y prácticas relativas al lugar que ocupa la mujer en el saber-poder obstétrico. El *modus operandi* (nunca mejor aplicado) de cortar los cuerpos de las mujeres debe reconocerse como

⁷¹ Término médico que alude a las mujeres que paren por primera vez, coloquialmente nombradas como *primerizas*.

continuidad y no como atomización de hechos aislados, a efectos denunciar la distancia entre los derechos formulados y los efectivamente protegidos (Fornes, 2009).

El IECS representa un momento clave en mi investigación. Mi acercamiento viene de la mano de sus publicaciones y la sorpresa de encontrarme con la medicina basada en evidencias. Del quitar el protagonismo de las organizaciones por la humanización del parto, en cuanto a contrapeso del modelo médico hegemónico. Fui primero entrevistada, luego co-panelista en la Semana Mundial del Parto Respetado 2010 en la Legislatura y finalmente colaboradora efímera de una investigación sobre expectativas referidas a la finalización del parto (Liu et. al., 2013), de la que me corrí(eron) cuando ya era evidente que más que investigadora “científica” era una férrea militante. Un año después de haberme situado formalmente como una antropóloga feminista de la reproducción y dos después de haber descubierto la categoría transversal de género para analizar lo que venía recuperando e intentando sistematizar desde otros abordajes teóricos, ya me había convertido en una militante con los bordes de lo académico bastante borrados.

Los intercambios con el IECS fueron un evento efímero pero intenso en mi investigación, que ahora estoy recuperando y reconstruyendo desde una perspectiva genealógica transversal y desde la autoetnografía. Encontrar a gente apasionada por cambiar las prácticas dinamizó la perspectiva que tenía respecto a las representaciones de la mujer en situación de parto y complejizó la idea del colectivo “médico”. Estar inmersa, aunque de forma pasajera, pero en calidad de antropóloga en ese mundo, habilitó la construcción de un modelo de representaciones para comparar con el resto de los que iban configurándose a través de la travesía. Se trataba de modelos de inclusiones y exclusiones. Éste, el de la investigación médica, jerarquizaba el “dato”, la “evidencia” formalizados desde los ensayos clínicos y el carácter de aleatoriedad de las muestras.

Esos criterios de neutralidad valorativa de la ciencia y objetividad estaban muy lejos de las aproximaciones antropológicas que elegía, mucho más desde un abordaje epistemológico feminista. El modelo de la medicina basada en evidencias excluía las narrativas, la experiencia subjetiva en tanto fragmentaria, discontinua y contingente, los grupos no homogéneos, todo lo que no fuera medible y comparable. Requería números para validar sus recomendaciones locales y globales. Y aún desde tal marco de legitimidad, cuestionable desde mi conocimiento situado, esa evidencia era desoída en la práctica concreta dentro de las instituciones de salud, como lo eran las recomendaciones de la OMS desde 1985. Sin embargo, no dejaba de aportar evidencia para modificar la rutinas perjudiciales para la salud perinatal, siendo el fundamento científico de las leyes de Acompañamiento 1.040 y de Parto Humanizado 25.929. Tampoco dejaron de insistir

en realizar investigaciones cualitativas, enmarcadas en sus propios términos de control de variables, como la citada arriba.

Las conexiones y tensiones entre objetivos y procedimientos, entre antropología y MBE se saldaban en lo personal por el salto epistemológico y político que significó para mí, esa evidencia científica de los cortes corporales entendidos como violencia contra las mujeres. De ese modo, las cicatrices propias y ajenas, de mujeres en ronda o de médicas podían definir la forma del futuro, en tanto acciones de incidencia, sea en la forma de investigación, publicaciones o charlas. O al menos definir, como una determinación negativa, la forma que el futuro no tendría, al menos desde las resistencias mínimas, simbólicas o concretas de negarse a perpetuar prácticas obsoletas y violentas zanjando los cuerpos de las mujeres. Porque en “en el proceso de decir “¡no!”, [las personas] desarrollan formas de autodeterminación o articulan conceptos alternativos de cómo debería ser el mundo Holloway (2009: 17).

4.4. Lo contaminante

Un aula algo perdida de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue la sede de la actividad de la Semana Mundial por el Parto Respetado 2009 (SMPR) organizada por la Asociación Civil Dando a Luz (DAL). Si bien yo conocía a esta ONG desde 2003, recién desde 2008 sus actividades tuvieron especial interés para mi investigación desde una perspectiva de género. Y fue en aquella instancia, 15 de mayo, en un otoño frío, en un horario muy próximo al atardecer y con una escasa concurrencia, que por primera vez me presenté públicamente y frente al activismo del parto como investigadora del los “modelos de atención perinatal” en calidad de antropóloga, madre y militante en una SMPR.

Al ser un número muy acotado de personas, la consigna fue que nos presentáramos con las inquietudes que habíamos llevado. Me llamó mucho la atención que no hubiese embarazadas buscando información —como en otras reuniones de DAL—, sino gente que estaba en pleno acuerdo con las críticas al sistema biomédico (y agrego hegemónico, por los valores que mencionaban) de atención. Primero lo relacioné con la hostilidad del clima, el horario y también del espacio. Luego del intercambio, comprendí que esas eran instancias de cohesión y fortalecimiento de redes; de discusión de estrategias y hasta de catarsis, más que de difusión. Las moderadoras trataron con especial atención a un médico, que traduje en mis anotaciones como “legendario” referente del parto en el agua en Argentina. “¿Parto en el agua? ¿En el hospital público?”

Anoté. Me resultó poco creíble, “snob”. Una etiqueta que revisaría recién en la etapa de revalidación de datos, casi contemporánea con la escritura de esta tesis.

En mi turno esboqué algunos de detalles del trabajo que presentaría la semana siguiente en el I Congreso Iberoamericano de Género en la Universidad Nacional de Córdoba, sobre experiencias de parto y marcas de género. El trabajo en cuestión se llamó “Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto” (Fornes, 2009). Admito que no era nada consciente de lo fuerte que podían sonar todas esos conceptos conectados, en un ámbito donde “género”, “poder” y “violencia” no circulaban de manera fluida en relación al parto. Las moderadoras se mostraron interesadas en que desarrollara brevemente de qué se trataba el trabajo y lo relacioné con el lema de la SMPR de ese año que era “Por la urgente disminución de las cesáreas innecesarias”⁷². Hablé de los cortes de rutina, entendidos como violencia de género y de la emoción que sentía por la reciente sanción de la Ley⁷³ que nombraba por primera vez la “violencia obstétrica” y que había tenido que agregar como nota al pie en la ponencia enviada, a la coordinación del Congreso⁷⁴.

En varios momentos, parada en la primer hilera de pupitres, enfatiqué que se trataba de una investigación “independiente” ya que no contaba con financiamiento o beca de cualquier tipo. Hablé de mi trabajo situándolo de la perspectiva de género, mi experiencia personal como motor de la indagación y también mencionando mi “doble militancia”; en términos feministas y en la adhesión al derecho a un parto respetado. Militancia también en cuanto a la investigación como herramienta de denuncia y transformación social. Lo que sigue fue la devolución de la moderadora de la actividad:

⁷² Como todos los años, los lemas se recortan para facilitar su difusión. En 2009 el lema completo era “Demasiados bebés están naciendo por cesárea. Demasiadas mujeres están puestas en riesgo muchas veces innecesario”.

⁷³ Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

⁷⁴ En la nota 1 a pie de página, como aclaración del título de la ponencia : “A la fecha de aceptación del resumen aún no estaba promulgada la ley 26485 que contempla como modalidad de violencia contra la mujer a la “violencia obstétrica”. Consideramos un gran avance en el establecimiento de herramientas legales que hagan visible y punible esta forma de violencia sobre la que tratamos aquí como violencia de género en el parto.” Usaba un plural que en ese momento consideraba más “académico” o dador de “legitimidad”, aunque el trabajo de investigación era individual. Abandoné esa práctica cuando entendí que todo trabajo de producción académica es una instancia política y que debía hacerme cargo de mis afirmaciones sin diluirlas en un plural ficticio.

María: Me encantó todo lo que dijiste, pero... ¿militancia? Me suena muy *setentoso* (frunciendo el ceño y mostrando contrariedad). ¿Por qué no hablar de activismo u otra palabra menos politizada?⁷⁵

El desconcierto me dejó sin palabras. No sabía si debía hablar de la historia de los derechos sexuales y reproductivos y de la gesta de la militancia feminista en tal sentido. O bien confrontar a mi interlocutora, acusándola de demonizar la militancia conectada con los años 70. En cualquier caso, estaría de algún modo *alterando el campo* con mi propia incidencia; y en aquel mayo de 2009, no estaba muy segura de hacerlo. Quería evitar un conflicto o actitud que me dejara fuera de la posibilidad de seguir etnografiando. Lo que atiné a decir fue que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, era una bandera de la militancia feminista, que para mí el parto humanizado era parte esa conquista-deuda y que mi manera de militar era investigando. No la convencí, al menos en esa instancia.

La reunión siguió. Alguien desde la hilera de atrás me tocó el hombro. Me dijo susurrando que era importante lo que hacía desde mi investigación, que no se podía quedar hasta el final para que charlemos, que trabajaba en “algo de la Mujer”, apunté luego y me deseó éxitos para el congreso.

Finalizada la actividad, otra de las moderadoras de DAL, se acercó a decirme que le había gustado la energía con la que hablaba, que era importante que se investigara sobre el tema y que me deseaba suerte para el congreso, que no perdiéramos contacto. Otra mujer que no tenía ninguna de las profesiones o filiaciones que el resto, me había pedido unos minutos para hablar de mi trabajo. Quería mi ponencia, en la necesidad de “algo escrito desde la universidad” ya que tenía “contactos” para que circulara. Me explicó que tenía un cargo público, pero que principalmente trabajaba con embarazadas, que era peronista y que le había gustado lo de mi “militancia”. Que entendía que no era un término del agrado de Dando a Luz ni del ambiente de parto humanizado o “la red”, el término nativo que comprendería que se usaba para mencionar a las personas y asociaciones con actividades, profesiones o interés por la humanización del parto.

⁷⁵ Esta cita fue incluida en el trabajo conjunto con Celeste Jerez “Situarnos como feministas”: Travesías etnográficas en la arena de la politización del parto en Tarducci, Mónica y Deborah Daich. *Mujeres y feminismos en movimiento: politizaciones de la vida cotidiana*. Buenos Aires, OPFYL. En prensa. En ese trabajo ubico este hito como significativo en mi travesía etnográfica. Para el desarrollo de esta tesis, recupero también otros intercambios con María. Nuestra relación nunca fue tensa y continúa hoy vigente. El hecho que haya recuperado solo el enojo en el trabajo con Jerez da cuenta de la importancia de las emociones como motivación para la acción. De no haber existido ese intercambio quizás hubiese tardado mucho más en reflexionar sobre lo disruptivo de los términos militancia y lucha.

Accedí con algo de reserva. Era mi primer trabajo a presentar en un congreso y no estaba muy segura de que circulara más allá de los espacios de académicos de género y activistas de parto. María José Bernasconi⁷⁶ me hablaba de otra cosa: del Estado. Mencionó al ANSES, a la Legislatura, al Consejo Nacional de las Mujeres y otros organismos. Nombres, oficinas, contactos, otras *redes* no catalogadas -en mis términos- como de “humanización del parto”. Me di cuenta que no podría retener toda esa información hasta anotarla en mi cuaderno, así que presté más atención a sus gestos, el tono de la voz, sus modos. Ella hablaba distinto al resto, se veía diferente, era una “militante del peronismo de los ‘80”, según sus palabras, y estaba enojada. Muy. Varias veces, según ella, había propuesto abrir sus contactos de la política partidaria y con cargos en la gestión para facilitar espacios y vínculos, pero había sido rechazada. Ella pensaba que porque “soy peronista y porque lo político les parece contaminante”. Una idea que volvió a compartir en la etapa de revalidación de datos (Bernasconi, Entrevista 2017). Su deseo de pertenecer se traslucía tanto como su malestar.

No sería la primera vez que encontraría la idea de contaminación e impureza de combinar lo político partidario o lo político militante con un movimiento basado en lo natural, amoroso y sagrado del parto-nacimiento. Me atravesó la antropología simbólica de mis viejos tiempos:

“el tabú es una práctica de codificación espontánea que establece un vocabulario de límites espaciales y señales físicas y verbales para cercar las relaciones vulnerables. Amenaza con peligros específicos si el código no es respetado. Algunos de los peligros que siguen al quebrantamiento del tabú extienden el daño indiscriminadamente a través del contacto. El contagio temido extiende el peligro de un tabú quebrado a toda la comunidad” (Douglas, 2007:12)

Yo también temía a los contagios. Me había costado mucho regresar a “la academia” y estaba tratando de situarme desde ese self, construyendo-me desde mi investigación. María José me habló de la Fundación Misión y Servicio donde participaba y su deseo de hacer algo desde allí, “tener mi propia organización”. Su malestar me atravesaba porque de alguna manera sentía empatía. También yo me reconocía anómala, en tanto feminista; “militante feminista”. Ella me convenció. Le enviaría mi trabajo una vez que se publicara

⁷⁶ Como dice anteriormente, desde julio de 2012 María José Bernasconi es la presidenta en Argentina de la RELACAHUPAN: Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento. Le consulté en octubre de 2018 si seguía queriendo que la citara con nombre y apellido en esta tesis a lo que respondió afirmativamente, reconfirmando su interés en que se mencione su participación en la historia de la politización del parto.

en actas. Pero había otra cosa más que debía aclararme: “Hay algo que tenés que saber: Yo participo de la Fundación Grávida”.

Debe haber notado mi desconocimiento (e ingenuidad, agrego) porque tuvo que darme detalles de cómo acompañaba esa organización a mujeres embarazadas en situación de desamparo, dándoles hogar, un oficio, cuidados durante la gestación y luego del nacimiento de sus bebés. Pero tampoco fue suficiente para despertar en mí alguna reacción esperada por ella.

María José: Lo que te quiero decir, es que está todo bien con el feminismo, pero mi límite es el aborto.

Valeria: ah.

Tal como mencioné en los capítulos precedentes, las citas no pretenden reificar las narrativas de las experiencias, sino que se invocan en el trabajo en tanto situadas y contingentes. Como anclajes de acciones políticas particulares y especialmente como disparadoras de mis propias emociones y problematizaciones del campo que estaba etnografiando. María José se reconoce como militante feminista, como muchas peronistas que reconocen en la figura de Eva Perón a una de las primeras feministas de masas.

Las mujeres como sujetos políticos tensamos permanentemente nuestras propias trayectorias y los sentidos que les damos a las mismas. Recuperar su testimonio en ese ámbito, así como el cuestionamiento de lo “militante” en tanto setentoso de parte de María Pichot de DAL fotografían una escena fundante de mi travesía etnográfica dentro del ideario de parto humanizado. En un mismo evento de campo, con sólo un puñado de personas, pude aproximar algunos rasgos para seguir explorando. Por un lado, que la militancia podía ser tanto un estigma como un emblema de identidad. Por otro que la red humanización del parto era una arena política, con agentes eclécticos y sentidos en tensión. Por último, que el derecho al aborto no se entendía como parte de la agenda a decidir sobre el propio cuerpo, como sí lo era el parto. Y, claro, que esta exploración recién comenzaba. María José no sólo ofreció circular todo lo que escribiera, sino también vincularme con algún espacio laboral como para que “financiara” mi investigación, ya que yo había explicitado que no tenía beca. A esto aclaré que no se trataba de conseguir un trabajo aparte, lo cual sería imposible teniendo tres hijos y tres materias a cargo en nivel medio, como profesora. Que sólo podría dar algún curso o capacitación. No estaba nada segura de ese vínculo. Temía quedar en deuda.

Las emociones influyen, en la construcción de los lazos de unidad así como en los de amenaza. En la separación de un nosotros/as y un ellos/as (Holloway, 2009). Con

María José compartíamos el enojo por cierta exclusión en tanto anómalas del ideario del parto humanizado. Pero también nos separaban otros anclajes emotivos que iríamos explorando. Al menos desde ese momento, comenzamos a vincularnos en una suerte de conspiración infrapolítica entendida desde la “gran variedad de formas de resistencia discretas” (Scott, 2000: 44), que “se caracteriza por liderazgo informal, de las no elites, de la conversación y del discurso oral” (Scott, 2000: 236).

María José era y es el paradigma de la acción política partidaria dentro de todo lo que conocí de las iniciativas por el parto respetado. Una tejedora de redes que conecta personas de lo más disímiles para forjar acciones y estrategias, sin miedo a la *contaminación*. A lo largo de la travesía fueron muchas las instancias en las que fui intersectándola, tanto en el campo como en las actividades mismas en las que yo participaba incidiendo. Con ella todo comienza a entremezclarse y de manera prematura. Hablar de ella es hablar de un movimiento ecléctico, donde se nuclean todos los debates y aristas. También representa un a un segmento particular de mujeres que transitaban varias cesáreas pero que no consideran ninguna como injustificada o violenta. Bernasconi es transversal a todo mi campo, no sólo en lo cronológico. Ella me permite recorrer las aristas del movimiento por la humanización del parto en Argentina, sus intersecciones y contradicciones con el de la medicina basada en evidencias, con las del movimiento feminista y de las políticas públicas de salud. De las agrupaciones que no la incluyeron por su pertenencia partidaria y de cómo formó la propia para acceder a un espacio de poder dentro del movimiento.

Sólo cinco días después del encuentro en aquel subsuelo, el 20 de mayo, recibí un correo de María Pichot de DAL, dándome las gracias por mi participación y aporte en el encuentro de la SMPR. En el mensaje me daría los nombres de las y los profesionales participantes en la reunión. Dato que me vino de maravillas para complementar las anotaciones:

“Raquel Salomone, ex jefa de residentes obstétricas (parteras) del Htal Posadas, Este Alfie, psicoanalista de las mejores en temas de familia y desde la perspectiva de la mujer, Gustavo Katz, médico obstetra, Ana Schoo, abogada del Consejo Nacional de la Mujer (se fué antes, vive en la Plata, creo) y vos, además de todas nosotras de DAL y las otras visitas relacionadas con la temática.

Katz era el obstetra del parto en el agua, y Schoo quien me saludó dándome ánimos y yéndose temprano. No la nombraba a María José y también era un dato. Por otro lado, mencionaba que había leído el programa del Congreso de Córdoba como

sumamente interesante y que me deseaba suerte. Pero algo significativo en esta relectura realizada nueve años después, es que me sugería algo que descubrí bastante después desde la antropología de las emociones: “Una sugerencia, todo lo que constituye tu experiencia, es una verdad irrefutable, aún acerca de los temas emocionales. Así que tu experiencia hace a tu conocimiento.”

El hecho que haya separado tanto emocionalmente esta comunicación, de la que tuve verbalmente en ocasión de lo *setentoso* de mi “militancia”, reafirma y da cuenta de la importancia de las emociones como caldo de cultivo de la politización de mis acciones e incidencias. Fue mucho más disruptivo el encuentro cara a cara para repensar mi presentación situada como “militante” que la potente reflexión sobre la experiencia y las emociones. Palabras que seguramente me dieron fuerza para el congreso, pero que no sedimentaron tanto como lo hiciera el cuestionamiento de mi militancia. Porque esa suerte de demonización de la lucha, volvería una y otra vez a través de otras voces e instancias en el campo de la humanización del parto. Como todo modelo, también se jugaba en inclusiones y exclusiones de términos y acciones, sobre las que fui profundizando.

4.5. La pareja academia-militancia

Eje temático: 1 – “Violencias en los discursos y prácticas científicas”

18/2 envío de resumen de la ponencia

4/3 acuse de recibo, Beatriz Garrido

26/3 aceptación del resumen extenso

17/4 acuse de recibo de la ponencia completa, Vanesa Vázquez Laba

28/5 exposición en el 1er. Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las violencias de género.

Nos ubicaron en el mismo día y horario que la mesa del EJE 2: “Violencias de género desde los espacios institucionales del Estado: concepciones de género implícitas en las políticas, normativas y prácticas del sistema de salud, justicia, educación, etc.” donde la compañera Rosa Isac de Santiago del Estero presentaría el trabajo realizado en equipo con Cecilia Canevari y Patricia Arenas sobre la Maternidad de la Provincia: *El Hospital como escuela de las profesiones de la salud, las mujeres su objeto para el aprendizaje*.

Fuimos solo dos ponentes las que abordamos la recientemente tipificada “violencia obstétrica” en experiencias de Argentina, habiendo enviado nuestros trabajos antes que sancionara la ley. Pero no nos podríamos escuchar. La investigación realizada

por las compañeras de la Universidad Nacional de Santiago del Estero se había forjado en el marco de trabajo de campo en una institución de salud. Yo en cambio había circulado por otros espacios y me interesaba vincularla con los discursos y prácticas científicas. En este Congreso, se trabajó de dos Ejes diferentes, por lo tanto, estábamos en mesas separadas.

Nos habíamos leído como resúmenes en el programa y nos queríamos encontrar. Antes de eso expusimos. Era mi primera experiencia en un congreso internacional, pero no me sentía nerviosa. Había escuchado en otras mesas temáticas a mis compañeras, antropólogas feministas con las que compartí todo el viaje. Ahora se habían dividido para acompañar mi ponencia y la de una compañera de otra mesa. Mónica Tarducci quiso estar en mi exposición “para cuidarme”, según dijo. La coordinaba Beatriz Garrido, una historiadora de la Universidad Nacional de Tucumán, de su generación. Según Tarducci ir con el tema de maternidad, en esa mesa, me ponía en una situación de vulnerabilidad. Entiendo que hablar de “mamás” y “bebés” podría entenderse como algo maternalista en la acepción de maternidad institucional de Rich (1976) No lo sentía así. De algún modo, la “evidencia científica” del IECS me había dotado -subjektivamente- de cierta legitimidad. Y al no ser parte del sistema científico, habitaba el espacio con cierta inmunidad. Sentía que no tenía absolutamente nada que perder. Ese era mi pensamiento inocente, sin el cual, jamás me hubiese atrevido a presentar ese trabajo.

Solo fuimos dos ponentes porque la colega venezolana que iba a exponer sobre violencia obstétrica, desde su país que ya llevaba tres años con una ley de protección contra las violencias que la tipificaba como tal, no había podido viajar. Garrido comentó someramente el trabajo del compañero chileno y luego comentó largamente el mío. Para mí sorpresa y la de mis compañeras sus comentarios fueron estimulantes: “Me considero una militante feminista y nunca se me hubiese ocurrido cuestionar el corte que me hicieron cuando nació mi hijo”. La miró a Tarducci, que asintió. Luego Mónica me contaría del uso del secador de cabello para cicatrizar los puntos de la episiotomía y también de su no cuestionamiento de la práctica.

Entendí que la desnaturalización de las violencias no era algo a proyectar desde la academia o desde los feminismos hacia una otredad carente de información, sino que todas estábamos en un proceso de repensar nuestras vivencias, incluso dentro del mismo movimiento feminista y académico. Hablo de una desnaturalización en términos antropológicos, de extrañamiento de lo internalizado como normal y/o necesario, que no significaba victimización. Debía diferenciar a quienes se constituían como víctimas de quienes reconocían el acto pero como un hecho externo.

El término experiencia de violencia, entonces, nos sitúa en aquella vertiente de la antropología que aspira a desentrañar los significados, las motivaciones, las emociones, las prácticas corporales y discursivas de los sujetos en los actos de violencia (Das, 1998)

Quería plantar bandera con un tema novedoso para la academia, como manera de incidir desde la divulgación en la sociedad. Pero academia y militancia eran pareja y el tema, más que novedoso, era disruptivo. Garrido leyó en voz alta parte del trabajo: “La episiotomía de rutina, por su arbitrariedad, el peligro de infecciones, dolor en la cicatrización y en las relaciones sexuales, fue calificada incluso como la mutilación genital de Occidente” (Wagner, 2002 en Fornes, 2009). “Es muy fuerte”, dijo. Luego habló otra coordinadora que contó su experiencia de parto en casa, quien me respaldó enfatizando la importancia de plantear este tema desde la investigación social⁷⁷. Le siguieron preguntas, de las y los asistentes, entre las cuales había estudiantes de la licenciatura en obstetricia, futuras parteras. Había mucho para decir y mucho para intercambiar. Una de ellas, incluso, se quejó de la superposición de las mesas mencionada arriba. Salí satisfecha y mis compañeras también. “Eso sí, ¿qué es eso de decir *la mamá* esto, *la mamá* aquello? MADRE. Se dice madre. Nada de mamá” me retó cariñosamente Tarducci.

Ese 28 de mayo fue una verdadera bisagra para mi travesía académica militante. No solo porque presenté mi primer y extraño trabajo sobre parto y violencia, sino porque haciendo fila en comedor, me puse a conversar con Adriana Causa, “Causita”⁷⁸, como le llamaba Mónica Tarducci. Me preguntó sobre lo que había expuesto en la mesa del Eje 1. Le conté de mi trayectoria zigzagueante, mi maternidad, la vida, la lucha. Me preguntó si no me interesaba hacer una maestría, a lo que respondí con contrariedad que no tenía tiempo, ni dinero. Que lo que hacía en ese congreso era casi una aventura sin demasiada expectativa académica. Adriana era la secretaria académica de la Maestría en Estudios de Familia de la UNSAM, quien me convenció junto a Mónica Tarducci de hacer la maestría que enmarca esta tesis.

Decía en la introducción que lo individual persiste junto a lo colectivo y que aparece el aspecto dialéctico del recuerdo para evitar la totalización del relato. Y reitero que, en ese sentido, la recuperación de las protagonistas del pasado y la revalorización

⁷⁷ Pude recuperar todas estas impresiones y comentarios de mi registro del viaje y de los “reportes” que fui haciendo por mail a quienes me preguntaron cómo me había ido, entre otros desde Dando a Luz. Lamentablemente no anoté el nombre de esta intervención.

⁷⁸ Adriana falleció en 2013.

de sus experiencias como elementos desde los que comprender y escribir la historia, es una tarea que puede tener una incidencia directa en el presente.

Luego de ese encuentro y esa decisión, vino el almuerzo tan esperado con la colega de Santiago del Estero. Se había sumado una colega de Brasil que había expuesto en la mesa de violencia institucional y otra mujer que no identifiqué en lo inmediato. Dado que quería interiorizarme de otras investigaciones y establecer contacto con investigadoras en temas relacionados, puse toda mi atención en conversar con Rosa Isac de la UNSE. Mi registro de ese intercambio es un mail a María Pichot de Dando a Luz:

Es muy interesante lo que se viene haciendo en Santiago del Estero donde UNIFEM⁷⁹ financió una investigación de un equipo de antropólogas en la Maternidad de la Capital donde se cometen muchos abusos. El año pasado hicieron spots radiales sobre la ley 25929 y diseñaron un plan de trabajo con las madres. Es un antecedente muy importante, porque con ese respaldo pudieron intervenir con legitimidad local e internacional en un espacio público, hicieron grupos focales y entrevistas con residentes que ponen la piel de gallina, muy muy interesante. Si en DAL no tienen este material, me avisan porque me entregaron CDs para que difunda el trabajo que vienen realizando.

El trabajo hablaba de los cuerpos de las mujeres utilizados como “pizarrones” en tanto objetos de enseñanza aprendizaje de los residentes de obstetricia. Algo que yo había escuchado en los testimonios y que también me había atravesado en lo personal. Lo personal y político, lo académico y militante fluían en ese congreso. Y esa investigación sentaría un precedente para futuras intervenciones. Estaba situada desde la investigación-acción, tanto para incidir dentro de la institución como para generar materiales comunitarios, teniendo la radio como medio de llegada más amplio en el territorio provincial. Perspectiva de género y clase con un financiamiento internacional. Y la violencia identificada como tal, registrada y publicada. Un sueño, que sentía como propio.

El hito de la travesía se iba a completar con “la mujer” que tenía a su cargo la Dirección de Políticas de Género de Morón y que comentó su interés de hacer un Observatorio de Género en la Maternidad de Morón, donde saben que no se cumple la ley 25.929. Se trataba de Delia Zanlungo, la responsable de la Dirección de Políticas de

⁷⁹ United Nations Development Fund For Women. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

Género y luego Secretaria de Salud del Municipio de Morón. Durante su gestión⁸⁰, se inauguró, el 8 de marzo de 2012, la primer sala de trabajo de parto con las garantías de la Ley 25.929 en la Provincia de Buenos Aires.

Delia nos había comentado en el almuerzo de su compromiso con el ideario de humanización del parto y que por extensión, relacionaba con haber elegido tener a su hijo en un parto domiciliario. Esa explicación causal no me convencía en 2009; pero lo personal es político asomaba nuevamente, en tanto itinerario corporal que remitía a un proceso colectivo, que acontece dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. (Esteban, 2004: 54). El día anterior, 27 de mayo de 2009, Delia había expuesto en la mesa redonda *Políticas públicas orientadas a la prevención y el tratamiento de las violencias de género*. Fue el primer contacto que tuve con la gestión del Municipio de Morón y con la *cocina* de una política pública. Luego vendrían otros campos e incidencias, que nuevamente borrarían fronteras de modelos y mandatos a detallar en el capítulo siguiente.

4.6. Cuerpo de ley

En septiembre de 2009 realicé observación participante⁸¹ en una capacitación de la Asociación Civil Dando a Luz en el marco del programa de Fortalecimiento a las Organizaciones de la Sociedad Civil. DAL había recibido un subsidio para financiar el proyecto “Capacitación de Agentes para la Difusión de Prácticas Adecuadas y Derechos durante la Atención del embarazo, parto y nacimiento”. La formación estaba destinada “a operadoras de la línea 0800MUJER, delegadas de la Dirección de la Mujer en las maternidades públicas de CABA, voluntarias/os de hospitales públicos y miembros de la comunidad interesados en la temática planteada”⁸². La mayoría de las participantes correspondían a esta última categoría, yo incluida.

El campo comenzó ya al cruzar la puerta de un edificio público. Habiendo hecho la primer aproximación al universo de representaciones a través de las rondas de

⁸⁰ El proyecto se había comenzado a gestar durante la Intendencia de Martín Sabbatella y se materializó en la gestión de Lucas Ghi del mismo partido político: ex Encuentro por la Democracia y la Equidad. Nuevo Encuentro desde 2009.

⁸¹ El análisis de esta experiencia de campo se materializó en una ponencia en las VI Jornadas de Investigación en Antropología Social del Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires en 2010: Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. Algunas de las ideas esbozadas se presentarán revisitadas en esta tesis, aunque la finalidad primaria de recuperar este hito de campo es contextualizarlo en el marco de un proceso histórico y político, lo cual requería necesariamente un distanciamiento temporal, de modo de proponer una relectura desde 2018.

⁸² <http://dandoaluz.org.ar/quienes-antecedentes.htm> Recuperado en julio de 2018

puerperio y crianza, con entrevistas abiertas, sentada en el piso entre almohadones y bebés gateando, moqueando o colgando de una teta; luego con un breve paso en una institución de investigación en salud ligada a la OPS, con la formalidad y los términos clínicos de rigor, mesas gigantes para una reunión de pocas personas, todo blanco y aséptico (y ascético); pasé a un subsuelo en la Facultad de Medicina con referentes del parto humanizado con tensiones acerca de lo político y lo militante. Ahora el viaje comenzaba en un ascensor, de organismo público, de los grandes. El Estado de la Ciudad de Buenos Aires gobernado por Mauricio Macri, un subsidio desde el Ministerio de Desarrollo Social, a cargo de María Eugenia Vidal. No podía dejar fuera del ascensor esos nombres. Hoy tampoco, dejar de mencionarlo en el marco de esta tesis.

Intuí que todas las que subimos íbamos a la capacitación. Había cierto clima de entusiasmo, era un evento único. Dando a Luz, convocaba a una capacitación certificada para quienes quisieran ser “referentes” de la asociación civil. Mi sentipensar no era nítido. Claramente iba a hacer trabajo de campo, pero algo de la adhesión al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, libre de violencia institucional, me tentaba también a adquirir alguna herramienta que pudiera contribuir en ese sentido. Pero una mirada insistente me perturbó. Ella tenía todos los atributos de mi pensamiento estereotipado de “la hippie”. Pollera larga tipo bambula, una zapatillas chatas o chatitas acordonadas, un bolso étnico cruzándole el cuerpo, rulos largos, ojos gigantes y celestes. Me miraba y me sonreía. Había visto de esas en rondas de púerperas, no sé si me esperaba *una así* acá. ¿Qué me mirás? Pensé. Le debo haber devuelto una sonrisa muy escueta. El hecho es que al bajar del ascensor, ya me había reubicado como antropóloga. Iba a trabajar, no a hacer amigas, ni *compañeras*.

Saludé a las miembras de la DAL que había conocido en la SMPR, quienes recordaban que era “antropóloga de partos”. Todo estaba *en orden*, estaba situada en mi rol. El sitio estaba muy concurrido. Al rato alguien me hizo señas. Era María José. Nos saludamos, pero yo quería sentarme en otro sitio, explorar la diversidad de discursos, anclajes institucionales, redes. A ella ya la conocía y de hecho, nos habíamos seguido hablando, se había transformado en una informante clave. Yo para ella, en algo más que eso. Insistió, quería presentarme a una “compañera”, del Consejo Nacional de las Mujeres, Silvana Mayer. En la puerta del aula,

Me sentí contrariada. No entendía por qué me presentaban con cierto protocolo, con nombre y apellido. Tampoco cierta precaución en la forma de hablarme. Movié los dedos de la mano derecha (con la izquierda sostenía carpetas) como simulando teclear mientras me dijo: “usé tu trabajo para (pausa) el inciso de violencia obstétrica”. “De la

ley...” (agregó como si mi cara le diera a entender precisamente, que no entendía de qué me hablaba).

No supe qué decir, ni qué hacer. Cómo reaccionar. Otra sonrisa escueta, nerviosa. Sentí que podría haber dejado allí, la antropología, el feminismo. Volver a mi casa y dedicarle más tiempo a la crianza de mis hijos, que tenían 9, 6 y 3 años. Lejos de sentir alegría o algún tipo de euforia, pensé “ya está”.

María José: Yo se lo mandé. (Mientras se tocaba el pecho con la mano abierta).
Te dije que lo iba a circular. Ella es una *compañera*, peronista como yo.

Silvana: Sí, y yo lo envié a RIMA (Red informativa de Mujeres)⁸³. Me sirvió porque no había mucho escrito que hablara en términos de violencia de género.

No pedí detalles. De nada. Estaba perpleja. Gracias al trabajo de Celeste Jerez, puedo recuperar un retazo de esa historia, desde un registro académico, una tesis:

Volviendo al artículo sobre violencia obstétrica, otra de mis entrevistadas que estuvo implicada en el proceso de redacción, me comentaba que el término surge a partir de una estrategia por incorporarlo en el marco de la violencia de género. Me parece interesante destacar que en esta Comisión que redactaba el artículo se discutió como principal material de debate un artículo académico de la antropóloga Valeria Fornes como co-autora, quien ya tenía una trayectoria de investigación-militancia en la temática (Jerez, 2015(a):33).

Pero fue gracias al trabajo de revisión y armado de cierta genealogía para ésta mi tesis, nueve años después de lo sucedido en aquella formación, que logré comprender que la ponencia *Cuerpos, cicatrices y poder*, presentada en Córdoba no podría haber sido considerada para la inclusión del inciso e. por una cuestión temporal. La Ley 26.485 se sancionó en abril de 2009, casi simultáneamente con el envío de la versión completa de mi trabajo. El registro de lo dicho, el recuerdo de María José, la entrevista de Jerez a Mayer cristalizada en una publicación. ¿Cómo podría todo ser ficticio? Había algo de lo emotivo atravesando a todas en la creencia de que podíamos incidir directamente en la realidad, en el cambio social de aquello que nos preocupaba más íntima y políticamente. Es que los afectos tienen un rol central en las pujas por la transformación social. Dentro del repertorio emocional, ese sentimiento de logro y satisfacción me acompañó casi una década, hasta que entrevisté a Silvana Mayer ya en el marco de la escritura de la tesis. Necesitaba desentrañar el por qué del “equivoco”. Mayer reafirmó la utilización del

⁸³ La Red Informativa de Mujeres de Argentina es una lista de distribución por correo electrónico dedicada a la información y el intercambio entre mujeres feministas, periodistas, organizaciones del movimiento de mujeres, investigadoras, estudiantes, y activistas de todo el país y también de países de Latinoamérica. <http://www.rimaweb.com.ar/>

trabajo y cotejamos nuevamente las fechas. No podía ser. “Entonces fue en la reglamentación” (Mayer, Entrevista 2018), dijo resignada. Sin embargo, no hubo desengaño para mí.

El proceso de reglamentación llevó más de un año entre la sanción de ley en abril de 2009 y el decreto reglamentario en julio de 2010. La modalidad para debatir la reglamentación fue a través de un foro virtual organizado por el órgano de aplicación de la ley, el Consejo Nacional de la Mujer, a través de una “Comisión asesora” con ochenta participantes, referentes de diferentes ámbitos de inserción agrupados en ejes. El foro comenzó en octubre de 2009. El eje 2 incluía la violencia obstétrica y reproductiva, en el cual participaron veintiocho personas, allí se utilizó mi ponencia, entre otros trabajos, para discutir cómo ampliar la definición de violencia obstétrica incluida en la Ley, originalmente definida 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.” Como resultado del intercambio y debate de referentes de organizaciones como UNIFEM, AECID, CTA, FEIM, INSGENAR, SACRA, CEDEM, Mujeres en Igualdad, Proyecto CEDAW Argentina, secretarías e institutos de género de las universidades nacionales UBA, UNLP, UNQUI, UNLA, UNSAM, el Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Bs. As., entre otras personas definidas como “expertas” y finalmente la participación de la Asociación Civil Dando a Luz, a través de Claudia Alonso, obstetra, que figuraba como “Asesora Médica y Miembro Fundadora”. Finalizado el foro, la reglamentación, amplió algunas definiciones del Inciso e):

Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas

las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta. (Decreto Reglamentario 1011/2010)

Había una notoria diferencia en las significaciones políticas respecto a la ley 25.929 de parto humanizado. No solamente por el pasaje de la promoción de derechos a la protección contra las violencias, sino por la impronta feminista en todo el debate y por la diversidad de agencias de participación académico institucional. Sin embargo sería una obstetra quien aportaría las sugerencias más significativas, una obstetra que había optado por un parto domiciliario. Entre 2009 y 2010 el Consejo cambió su nombre, pasó de llamarse Consejo Nacional de la Mujer a Consejo Nacional de las Mujeres. Un plural que también era resultado del debate sobre la categoría universal de mujer, hacia una diversidad que progresivamente se iba visibilizando.

Pero Dando a Luz no era una agrupación feminista ni tenía perspectiva de género en 2009. Al menos al momento de la capacitación a referentes en septiembre.

4.7. Referentes de lo humanizado

No me fui del aula, como había pensado luego del intercambio con Mayer y Bernasconi por un instante, con la fantasía de haber sido tomada en cuenta para la discusión de una ley. ¿Qué podía esperar ahora? No pensé mucho más. No me senté ni con María José, ni con Silvana. Me senté, con la “hippie”. ¿Qué entrañaba realizar una capacitación? ¿Qué significaba ser “referente” de DAL?

Éramos demasiadas. La presentación fue por rondas. En mi grupo destaco a dos doulas. Mirta, se presentó como en la búsqueda de un horizonte laboral, que le permitiera un complemento para sus ingresos. Habló de estar haciendo la residencia o pasantía de su formación en la Maternidad Sardá, y lo desagradable que era ser testigo de los malos tratos y de su imposibilidad de intervenir. La escuché como una “señora bien”, no podía parar de etiquetar a las mujeres. ¡Porque todas eran mujeres! Anotaba rápido con etiquetas para reconstruir luego. La otra doula, “la hippie” hasta ese momento, comenzó a hablar de feminismo y revolución. Del “doulaje como militancia” como forma de intervenir y acompañar. Dos verbos. Luego indagaría más por qué juntos y por qué separados, en ese momento no. También habló del parto como “hecho sexual y político”. Era la primera vez que lo escuchaba así. Si bien el conocimiento situado de Haraway formaba parte de mi anclaje, no había explorado nada de antropología o sociología de las emociones, no me sentía habilitada a interpelarme desde esa reflexividad o simplemente fluir con la situación y mostrar entusiasmo. Sólo le sonreí, esta vez de un modo más empático y espontáneo que en el ascensor. Cuando me presenté, mi feminismo, mis

cesáreas, mi deseo de transformar algo con mi investigación antropológica fueron más vivamente enunciados. De algún modo, ya sabía que eso era posible. Ella era Sol Suar, que en octubre iría al Encuentro Nacional de Mujeres que se realizaría en Tucumán, a explorar por talleres de feminismo y maternidad. En mayo de 2010 fundaríamos, junto a otras mujeres feministas y madres, la Colectiva Maternidad Libertaria. Eso recién pudo ocurrir en mi travesía etnográfica cuando el peligro de la contaminación entre academia y militancia en el campo mismo donde estaba trabajando, ya no serían relevantes para mí, ante la inmediatez de la urgencia (Das, 2008).

4.8. Tensiones de sentido

Fueron cuatro encuentros se abordaron desde diferentes enfoques complementarios a cargo de las miembros de la asociación civil. Se esbozó la situación contemporánea de la atención del parto y nacimiento comparando el paradigma tecnológico con el paradigma integrador y se abordaron conceptos sobre la fisiología del parto. También fueron planteados los derechos de las mujeres y el “empoderamiento” del saber preguntándose sobre su conceptualización como pacientes o usuarias. Fueron expuestas las normas vigentes a favor de la atención del parto respetuosa y segura y las estrategias para demandar el cumplimiento de derechos y la demanda en casos de vulneración. La lactancia fue expuesta desde el acompañamiento de la madre y los beneficios físicos y emocionales de esa práctica alimentaria tanto para la mujer como para su bebé. Por último se facilitaron herramientas para coordinar grupos-talleres de difusión de derechos colocando el acento en la capacidad de escucha que deben tener las talleristas respecto a las necesidades de las embarazadas sin presionar o dirigir las acciones sino brindando flexibilidad para que sean las mujeres quienes tomen decisiones informadas y seguras: “Lo mejor es lo que le da seguridad a la mujer, no hay un parto ideal”, fue una de las frases a las que más se recurrió cuando las asistentes a la capacitación parecían desviarse de los objetivos y contenidos propuestos (Fornes, 2010).

La tensión entre lo que las talleristas brindaban como herramientas conceptuales y las ideas acerca de lo ideal, que se proponían las asistentes, dio lugar a la coexistencia de soportes discursivos dispares, contradictorios e incluso conflictivos. La formación estaba principalmente centrada en la integración entre las recomendaciones de la OMS y los derechos formales que garantizaban un entorno respetuoso de los afectos, tiempos y deseos de la mujer. Sin embargo, la apelación al “instinto” como fundamento de los cambios y demandas que son necesarios para modificar el paradigma de atención fue un tópico recurrente entre las participantes. Respecto al relato sobre una mujer que no podía

o deseaba amamantar a su hijo una tallerista vociferó “es porque se le murió el instinto”. La capacitadora atemperó la intervención explicando que son muchos factores los que intervienen en una lactancia exitosa y que de ningún modo “dar la teta o no” determina la calidad ser una buena o mala madre. También las consecuencias de un parto no-natural tuvieron comentarios en algún punto deterministas sobre el futuro del/la bebé: “los bebés nacen deprimidos por la peridural”, “los bebés que nacen en forma violenta pueden ser violentos en un futuro”, “un bebé alimentado artificialmente es proclive al asma”, entre otros. A pesar de estas intervenciones, las capacitadoras siempre volvían al eje del derecho de las mujeres a decidir con conocimiento sobre su cuerpo y su experiencia.

Por otro lado, en las discusiones que se daban en la dinámica grupal hubo bastante consenso respecto al beneficio económico que determina la intervención mecanizada y medicalizada de la salud perinatal. La tecnología fue desarrollada para mejorar la atención en casos extremos con peligro de vida, sin embargo “el parto ha quedado al servicio de la tecnología” decía una de las capacitadoras. No obstante, la responsabilidad de los y las obstetras automáticamente era desligada o sopesada con la culpabilización de las madres por parte de las asistentes a la capacitación: “ y pensar que hay mujeres que eligen la cesárea”, “las que piden anestesia para no sentir , sin importar el perjuicio que es para el bebé”, “el negocio de la industria láctea y la comodidad de la madre hacen que no les den la teta”, entre otros. Comentarios de este tipo siempre eran compensados por la intervención de las capacitadoras que —si bien asentían sobre la existencia de estos hechos— proponían “no culpar a las madres” por sus decisiones ya que “no todas contamos con la información adecuada”. En cuanto a la lactancia se pidió “respeto, no juzgar, es instintivo en cuanto a su potencia pero se aclara que también es un aprendizaje”.

“No existe un parto ideal” “No juzgar a las madres” eran frases de las formadoras de Dando a Luz para moderar las participaciones que desde significaciones también entendidas como “humanizadas” o “respetadas” ponían el eje en las mujeres como cómplices o culpables de los procesos que debían entenderse como de libre decisión.

Por otro lado, la universalización de la condición y el deseo de parir (entendido como sólo en su vía vaginal) también era planteado desde la participación de las asistentes. Las formadoras lo reubicaban desde una potencialidad y un derecho, sin embargo las negociaciones de sentido eran constantes. Para fundamentar este punto se apelaba a una idealización del pasado de manera reificada o estereotipada: a) Idealización del pasado inmediato: “nuestras abuelas parían en la casa, rodeadas de su familia”, “antes se paría con parteras sin tanta intervención”; b) Idealización de un otro cultural presente o

pasado: “las mujeres de las tribus parían en cuclillas”, “las indias tenían comadronas y el parto ocurría exclusivamente entre mujeres”, “las tribus tenían un conocimiento colectivo ancestral y que nosotras no” y c) Idealización de un pasado remoto y primigenio: “en los primeros tiempos el parto era instintivo no hacía falta de ninguna ayuda”, y otros comentarios que apelan a un primer tiempo (mítico) mejor que nuestro presente. Las tribus, siempre carecían de nombre, como constructos ideales e idealizados que escindían las condiciones coloniales de explotación y genocidio (Bobel, 2002).

Por último, pero no en menor importancia se presentaba la cuestión de la identidad. ¿Quiénes eran, qué defendían/propugnaban y cómo? Muchas veces, esta forma de diferenciarse de otros u otras puso el acento en las polaridad naturaleza/cultura: “nosotras elegimos lo natural” respecto a la utilización de anestesia, la cesárea electiva, la alimentación con sucedáneos de la leche, entre otras alteridades. Lo más interesante de estos posicionamientos era que contradecían los mismo contenidos de la formación a la que estaban asistiendo, a través de la cual se convertirían en “referentes” de DAL.

Éramos cuarenta mujeres con ámbitos de inserción e idearios diferentes. Claramente no queríamos violencias en la atención de parto, ese era el clivaje que nos reunía en una experiencia o reivindicación común; pero eso no nos convertía en un grupo plausible de elaborar estrategias colectivas.

Viajaban a realizar la capacitación, referentes de localidades como La Plata, Mercedes, Luján claramente vinculadas con asociaciones con diferentes niveles de formalidad abocadas a los derechos de parto-nacimiento, así como había referentes de la Ciudad de Buenos Aires. Pero también había promotoras de salud con ámbitos de inserción estatales tales como Centros de Atención Primaria de Salud, especialmente psicólogas y trabajadoras sociales, con intereses muy alejados a de los planteos de clase media que llevaban algunas talleristas. Trabajaban con lo inmediato y urgente de las necesidades de la comunidad.

Es muy difícil, en ese sentido, caracterizar a este grupo de talleristas, investigadora incluida como un conjunto autoconsciente y acabado. Se entiende que la orientación era de orden pragmático donde los objetivos y actividades propuestas estaban más ligados a problemas concretos de índole política, aunque esto no se explicita por parte de las participantes. ¿Pero qué es exactamente lo que unía en 2009 a estas mujeres en el propósito de “humanizar” o “respetar” un parto?. No puede caracterizarse una “esencia” única que una a estas mujeres, el objetivo común aunque difuso las nuclea pero ¿sobre qué bases? Siguiendo la diferenciación que establece Iris Young: “Un grupo es una colección de personas que se reconocen a sí mismas y a los

otros en relación unificada. Los miembros del grupo admiten mutuamente que juntos emprenden un proyecto común.” (Young, 1994: 15).

Como vimos más arriba, la coexistencia tensa entre lo instintivo y lo cultural, entre el derecho y la culpa, Una reivindicación de la mujer como mamífero coexistía con la demanda como sujeta de derechos, una postura maternalista del instinto comparte el espacio con una feminista que politiza el cuerpo, una experiencia gratificante de parto domiciliario se superpone a una de violencia o maltrato en una institución. La identidad no es sustantiva sino que sería producto de un proceso que las agrupa alrededor de un propósito. No existen atributos comunes o una situación común que las reúna formalmente más allá de la capacitación en sí. No necesariamente tienen historias, experiencias o identidades comunes. Es la condición de usuarias del servicio de salud la que se presenta como entorno material continuo que les otorga la serialidad: “Una serie es un colectivo social cuyos miembros están unidos pasivamente por los objetos alrededor de los cuales sus acciones se orientan o por los resultados objetivados de los efectos materiales de la acciones de los otros” (Young, 199:16).

El pasaje organizativo de serie a grupo es potencial, subyace latente y sólo se hace manifiesto como reacción ante la vulneración de derechos (por ejemplo la negación institucional al derecho de la mujer a estar acompañada) y el maltrato en la atención del parto-nacimiento. Las embarazadas, puérperas, madres de niños pequeños o mujeres en general en calidad de potenciales madres, no se identifican en su totalidad con estas reivindicaciones e incluso muchas las desconocen o le niegan relevancia, en 2009 y también en 2018. En este caso la serialidad sólo es “una condición de facticidad que ayuda a constituir una situación pero que de ninguna manera determina la acción” (Young, 1994: 24).

Esto puede nuclearse a través de la experiencia placentera de un nacimiento respetado en un entorno cálido y afectuoso, la cual se percibe que debería ser universal y un “derecho de todas”. En el segundo, porque la experiencia traumática del maltrato se eleva como prevención y denuncia para “que a nadie más le pase”.

En este caso y teniendo en cuenta las diferentes posturas acerca de cómo debería lograrse ese parto-nacimiento ideal por parte de las talleristas y que la capacitación en sí se planteaba como un semillero para futuros encuentros de difusión de derechos descentralizados pero referidos a la Asociación Civil Dando a Luz cabe preguntarse por las iniciativas que se impulsaron luego de la capacitación.

“La vida social consiste en un constante flujo y reflujo de grupos saliendo de las series; algunos grupos permanecen y llegan a ser instituciones que producen nuevas

serialidades, otros se dispersan poco después de haber nacido” (Young, 1994:29). A la serie de encuentros le siguieron otro por fuera, en calidad de reencuentros para elaborar alguna estrategia o acción de incidencia. Las convocatorias no tuvieron demasiado éxito pero nació una de las iniciativas más contundentes nacidas desde lo colectivo y ecléctico, que tendría una fuerte incidencia en 2010.

4.9. El género de la lucha

Los objetivos y propósitos planteados en la última reunión de capacitación fueron: adquirir herramientas para el “empoderamiento”, tejer redes con el fin de trabajar por los derechos de las mujeres denunciar y eliminar la violencia. Sin embargo, a pesar de tener estas metas un soporte fuerte de género, la categoría “género” fue enunciada sólo por una de las participantes, Silvana Mayer del Consejo Nacional de la Mujer. ¿A qué se puede deber esta evasión en la utilización de un concepto tan eficaz para denunciar tanto de lo que se trabajó en esos encuentros?

Quizás el siguiente intercambio entre dos participantes nos ubique en otra de las tensiones en el seno de la capacitación y del movimiento por la humanización mismo:

- “para mí esto es una causa, una lucha”
- “por qué mejor no hablar de negociación, la lucha es confrontación”

La omisión de la categoría de género para apelar a las reivindicaciones imperantes dentro de las propuestas que propenden a un cambio de paradigma médico se hace evidente en este breve intercambio. Si hay algo característico y consensuado en los cinco encuentros fue la evasión del conflicto para abordar temas tan profundos como la vulneración de derechos, la desinformación y la violencia misma. El instinto como alegato de la naturaleza, y el derecho como referente de la cultura se tensaron de forma recurrente para dar sentido a una visión pendular del parentesco: entre un fuerte énfasis en el parto como experiencia fundante para las mujeres y para el vínculo madre-hija/o y la politización del cuerpo materno como arena para la ampliación de los derechos de mujeres y niños. Pero este último sentido fue absolutamente implícito. Era evidente que se estaba hablando del derecho a decidir, de la prevención y erradicación de la violencia hacia las mujeres, pero pensarlos desde la desigualdad de poder entre géneros y entre clases fue pasado por alto desde las discusiones, aunque algunas de las participantes lo murmuraban desde una resistencia pasiva. Ante la discusión sobre el caso en que un parto en casa fue cubierto por la prepaga, una partera me comentó “trabajo con mujeres de pocos recursos, sólo piden que se las trate con un poco de respeto...”, evidenciando lo lejana que le parecía la temática en ese momento (Fornes, 2010).

El término “lucha” en oposición al “amor”, entonces, aparecía demonizado como el de “militancia” y la conexión con reivindicaciones de la agenda feminista era repelida. Algunos de estos puntos pueden explicarse por la escisión que existe entre las reivindicaciones por una atención humanizada respecto a otros derechos reproductivos y no reproductivos como el de la legalización del aborto. Así mutuamente demonizadas como “feministas” aquellas mujeres supuestamente “insensibles” a la maternidad y por otro lado como “anti-abortistas” quienes defienden el “parto respetado”, la categoría de género, como la de clase es evadida por presentarse a conflictos de sentido dentro de este colectivo seriado. En ambos casos, para 2009-2010 las mutuas exclusiones se basaban en la ignorancia de unas reivindicaciones respecto de las otras, dejando en suspenso una posible coordinación y enriquecimiento para ejercer la ciudadanía sobre el cuerpo y la maternidad por parte de todas las mujeres. Aún compartiendo un mismo inciso (e) de la Ley de Violencia de Género N° 26.485 el derecho al trato humanizado en situaciones de parto, posparto y posaborto la integración. entre ambas demandas y desde estos colectivos no se había hecho carne aún.

Las tensiones entre dos derechos a decidir sobre el cuerpo siguen en conflicto más allá de los muchos avances que se dieron en materia de transformaciones político culturales y la materialización de instituciones garantes de derechos. Porque a la par de los avances, se tejen reactualizaciones de mandatos. Es así como en la Semana Mundial por el Parto Respetado 2017, tuve un intercambio con la presidenta en argentina de una ONG española sobre derechos del parto, que tengo caracterizada por años de seguimiento como “feminista”. La charla, mientras aguardábamos el evento, comenzó por nuestras afinidades. La sorpresa de que éramos graduadas de la misma facultad y habíamos parido por cesárea a tres hijxs cada una. El desconcierto vino luego cuando me dijo que ella no sólo era “a-partidaria”, sino que también se identificaba como “a-política”. De este modo no sólo no reconocía sus acciones como militantes, aspecto que ya me era conocido, sino que las rechazaba como acciones políticas. El signo de luto en su perfil, ante la media sanción por diputados de la Ley de Interrupción Legal del Embarazo en junio de 2018, completaría el cuadro de la escisión entre ambos derechos a decidir.

4.10. Semillero de incidencias

En octubre de 2009 en la oficina de capacitación de la Legislatura porteña dicté un curso llamado “La dimensión de género en la gestión de políticas públicas”. A un mes de la formación de referentes de Dando a Luz, yo estaba del lado de las que formaban y tres

de ellas, del lado de las asistentes, incluyendo a María Pichot quien había dicho que el término “militancia” le sonaba muy *setentoso*. ¿Cómo había llegado a esa instancia desde la SMPR en mayo del mismo año? La formación de septiembre de DAL se dio también como espacio para difundir el curso que había articulado a través de sus contactos María José Bernasconi. Ahora se daba una variante más de intercambios con la asociación civil con la que había establecido contacto en 2003, desde aquel evento trágico que habilitó la pregunta sobre los alcances y límites de las resistencias a las violencias. Sin entrar en detalles de los encuentros que había armado en power point con documentos internacionales y una introducción al sistema sexo/género para llegar a la violencia obstétrica, desde un abordaje feminista y antropológico. Lo más enriquecedor fue la explicitación de la necesidad de tener herramientas de género por parte de las asistentes, que al igual que en la formación de DAL tenían ámbitos de incidencia en la temática.

El periodo 2009-2010 fue un año de convergencia política para todo lo referido a visibilización de las violencias contra las mujeres y elaboración de estrategias de sensibilización y formación para la erradicación de dichas vulneraciones. Entre la sanción (abril 2009) y la reglamentación (julio 2010) de la Ley 26.485, hubo un Congreso Iberoamericano de Género cuya temática fueron las violencias, de los cuales dos trabajos nacionales abordaron la “violencia de género en el parto”; se inauguró la Escuela Sociopolítica de Género para referentes sociales en la UBA, que tuvo a Claudia Alonso (obstetra) y a Mirta Merino (obstétrica) como alumnas; se fundó el Centro de la Mujer Cuestión de Género bajo la presidencia de María José Bernasconi y se desde allí se realizaron otras capacitaciones más específicas para el mundo del parto humanizado en clave de género y derechos. También se fundó la Colectiva Maternidad Libertaria. En 2010, para la Semana Mundial por el Parto Respetado desde el Centro de Bernasconi, junto a otras referentes que nos nucleamos en la formación de DAL, organizamos una gira absolutamente ecléctica que tuvo su instancia central en el Salón Dorado de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. “Estas mujeres tienen buenas intenciones pero necesitamos evidencia y que nos escuchen decisores” Fernando Althabe, del IECS había sido invitado a disertar en el marco de esa jornada entre otras referentes del parto respetado como Silvia Schmidt, educadora en masaje infantil de La Plata, Melina Bronfman doula y eutonista y una antropóloga feminista, yo. Con ese eclecticismo, pero acompañadas de José Belizán, más amigable y transfronterizo de las incidencias de parte de la medicina basada en evidencias, fuimos en mayo a varios sitios de la provincia de Buenos Aires, que no sólo contaban con referentes de parto humanizado sino que

respondían a solidaridades partidarias del justicialismo, a través de María José. Modelos yuxtapuestos de idearios de gira en una combi, para eventos de parto respetado donde la MBE, el PJ, la antropología feminista, un abogado que hablaba de Michel Odent y alguna doula disertábamos ante públicos y espacios disímiles: un club de radio en Bolívar, un Colegio de Abogados en Mercedes, el salón dorado de la Legislatura. Dando a Luz, no formaba parte de ese itinerario. Era otra forma de militar el parto respetado la que planteaba María José, atravesando las fronteras de los modelos y enlazando actores/trices disímiles, pero con un horizonte común.

Las emociones permiten delimitar espacios y distancias, proximidades y alejamientos. Al delimitar el espacio, a la vez establecen quiénes pertenecen y quiénes quedan fuera de ese espacio. Lo decía Mary Douglas desde la década de 1980 acerca de cómo los miedos sociales permiten distinguir un nosotros de un “los otros” y con ello delimitar grupos sociales y establecer diferencias entre las personas de diversas comunidades (Ahmed, 2015).

En el último encuentro de la formación de la legislatura que cerraba con la presentación de un proyecto aplicable al ámbito de inserción de cada participante, desde la perspectiva de género. Claudia Alonso, María Pichot y Mirta Merino expusieron un excelente trabajo y concluyeron “Esto *del género* nos va a servir mucho para lo que hacemos”. Con la formación de la Escuela Sociopolítica de Género, esa mínima intervención de mi parte, quedaría atrás para elaboraciones mucho más transversales, profundas y contundentes, que tenían a personalidades como Dora Barrancos, Susana Gamba, Mabel Gabarra, Nina Brugo, Mónica Tarducci, entre otras referentes, y que incluían a compañeras de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.

La Asociación Civil Dando a Luz, incorporó la perspectiva de género a fines del 2009, enlazando otras demandas de los derechos reproductivos y no reproductivos. Claudia Alonso garantizó el primer aborto no punible del Hospital de Tigre en el año 2010, donde era jefa de servicio. Sola. Así lo compartió en la Escuela Sociopolítica de Género y en un intercambio con la Colectiva Maternidad Libertaria, en ocasión de construir una herramienta de sensibilización que se cristalizaría en el “Test de violencia obstétrica” firmado por las dos agrupaciones en la sede misma del Consejo Nacional de las Mujeres. Era un caso de violación de una menor con retraso mental, enmarcado como no punible en nuestra legislación desde 1920. “Nadie quiso hacer ni acompañar la práctica, me dejaron sola... Me temblaban las manos. Lo hice”.

Aunque haya referentes y agrupaciones que sostengan en 2018 la diferenciación de legitimidad entre decidir sobre el cuerpo para continuar y o decidir sobre el cuerpo para interrumpir un embarazo, es notable cómo desde 2009 el aborto comienza a enunciarse en la arena de la politización del parto. Así sea para interpelar y discutir, su elocución es posible. En esa misma etapa, María José Bernasconi fundaría el Centro de la Mujer “Cuestión de género. Mucha tela para cortar...” dentro de la Fundación Misión y Servicio, que en ocasión de la SMPR realizada en mayo, había mencionada como contraria al derecho al aborto. Como expresé al inicio de este capítulo, también sobre María Pichot y la “militancia”, las expresiones, posturas y locaciones son móviles, resignificables y reescribibles. En ese sentido, fueron muchas las referentes que no sólo se animaron, en el sentido emotivo del término, a hablar y reconocerse a favor del derecho al aborto sino a enlazar sus reivindicaciones iniciales con éstas más amplias.

Juliana Flórez (2010), propone para el feminismo la categoría de “sujeto de deseo”. La autora señala como necesario desvincular el deseo del carácter individual, y ubicarlo en una comprensión más social, donde adquiere un carácter relacional y su origen no responde a un anhelo personal sino, por el contrario, se ubica en un orden social y simbólico que se articula a la palabra y que, pese a sentirse propio-privado, tiene un origen colectivo-público. De esta forma deseamos en el marco de ciertas normas sociales, de marcos establecidos específicos; es un deseo subordinado, que no tiene que significar por ello un sometimiento total al poder, puede también ser un lugar para la resistencia (Sánchez Benítez, 2016).

En noviembre de 2009, también producto de intercambios en la formación de DAL y luego en la de la Legislatura, dicté a pedido de una referente de parto humanizado de Mercedes el curso: “La Dimensión de Género en la Gestión de Políticas Públicas, Área Salud” en el Hospital Blas L. Dubarry. Como estrategia, de incidencia, la actividad se había gestionado con puntaje para la carrera de Enfermería y había sido declarada de interés municipal. Claudia Giménez Velázquez era la coordinadora del Centro Interdisciplinario Panzacrianza quien estuvo a cargo de la organización. La situación era anómala, micrófono en mano les hablaba a gente de guardapolvo blanco, dentro de un hospital. Desconozco el éxito de la “travesura”, que fue una jornada completa también acompañada por el Centro de María José. Sin embargo, la picada posterior en casa de Claudia, me interpeló desde otros lugares más interesantes para mi militancia. El Centro Panzacrianza tenía fotos de embarazadas en trabajo de parto, nacimientos en casa, colgados como cuadros. El enlace parto en casa como estrategia individual, reaparecía, pero con un interés en que las prácticas cambien a nivel institucional. ¿De qué otro modo

tenía sentido traccionar una actividad con una antropóloga *bajando línea* dentro del hospital? Una de las mujeres de las fotografías se me acercó. Había estado en la jornada. Me contó que había parido en casa de Raquel Schallman ya que Mercedes quedaba lejos para pensar en un traslado de último momento de la partera. Y se reconoció como feminista, “del feminismo que habla de maternidad y poder”. Mencionó a Casilda Rodrigáñez como referencia de lecturas. Otra vez Raquel, Casilda, el feminismo y el parto en casa enlazados. Y otro detalle nada menor, el comentario del impacto que le produjo viajar al Encuentro Nacional de Mujeres en Tucumán. Había viajado con otras mujeres que también habían parido con Raquel. Hicieron un taller paralelo, ya que no había ninguno que hablara de maternidad, en los términos que ellas buscaban. Fueron con la bandera “Mujeres por un parto sin violencia”. También había estado Sol Suar, no eran tantas las mujeres que se habían nucleado allí. Las fotos de ese encuentro lo evidencian.

En 2010 esas mujeres comenzaron la formación de Abordaje Corporal Emotivo, en el barrio de Florida con Schallman para capacitarse y brindar talleres para embarazadas. Fue un proceso de enlazamiento gradual. Luego de cursar, caminaban quince cuadras hasta mi casa. Allí comenzó a gestarse la Colectiva Maternidad Libertaria. En una de las diferentes entrevistas que dimos la Revista La Granada publicó este auto-relato:

“Nos autoconvocamos con la idea de participar en el “XXV Encuentro Nacional de Mujeres” (2010). Nos reunió el inconformismo con la idea romántica de la maternidad y, en el otro extremo, con la militancia ajena a las problemáticas de las mujeres que elegimos ser madres. El nombre fue producto también de ese camino. Establecer consignas, plasmarlas en esténciles, que luego tomarían cuerpo en remeras para bancarnos el viaje a Paraná. A las clásicas consignas feministas que compartimos y estampamos “Mi cuerpo, mi decisión” y “Lo personal es político” se agregaron las gestadas colectivamente “Parir con poder, parir con placer”, “El parto es un hecho sexual, disfrútalo”, entre otras. Como el objetivo principal era llevar una publicación, teníamos remeras y esténciles propios, ¿cómo no íbamos a tener un nombre? “Maternidad Libertaria” resultaba de un proceso de intercambio y discusión. “Maternidad Soberana” y “Amor y Lucha” fueron también opciones para nombrarnos. Ésta última, se había convertido en una manera de despedirnos, saludarnos y hoy sigue vigente porque significa poner el corazón, pero también el cuerpo por aquello que nos parece justo, una vida libre de violencia para todas las mujeres. (La Granada, 2013)

Las emociones, según Ahmed (2015) no son estados psicológicos, sino prácticas culturales que se estructuran socialmente a través de circuitos afectivos. Eso es un problema cultural y no solo psicológico. Lo que una siente es finalmente un problema social y es un problema colectivo. Y eso es así porque, tal como lo demuestra la autora, las emociones no residen ni en los sujetos ni en los objetos, sino que se construyen en las interacciones entre los cuerpos, en las relaciones entre las personas.

En octubre de 2010, la agrupación llevó mil ejemplares de un fanzine disruptivo al ENM, por información desde la OMS y la MBE, relatos propios de situaciones de violencia contrapuestos a partos gozosos, y por la asociación entre parto y placer, y también por el derecho al aborto como parte de un mismo reclamo contra la violencia obstétrica. La estética era peculiar, fotos de Adriana Lestido, color negro en las tapas. Las militancias previas de las compañeras sedimentaban un conocimiento sobre la comunicación de barricada, el lenguaje y experiencias libertarias, revolucionarias, de las que yo carecía. El repertorio emocional de la bronca y también del entusiasmo, característicos de los ENM, también me atravesaba. La participación en los talleres de Salud Sexual y Reproductiva y el de Violencia contra las mujeres fueron el momento performático para hablar en clave absolutamente militante. Estaba totalmente en pensamientos corporizados, emociones encarnadas de poder y orgullo. Lo militante al fin estaban un sitio de privilegio para desplegarse y “violencia obstétrica” circulaba en rondas de mate feminista y en fanzines armados desde y hacia el feminismo popular.

Recién en 2011 la violencia obstétrica tuvo su propio taller en los ENM. Luego de la efervescencia militante, recién a fines de 2011 volvería a escribir en términos “académicos”. Y lo haría sobre un tema que había esquivado desde la muerte de la beba de Ana: el parto domiciliario como “experiencia política contemporánea”. Casi todas las compañeras de Maternidad Libertaria lo habían experimentado. No provenían de la clase media, atravesaban otros recorridos muy disímiles de estrategias colectivas, militancia barrial, autogestión, y lucha, mucha lucha. Me hicieron repensar el parto en casa, entre muchos otros temas que tuve que repensar y sigo haciéndolo mientras escribo.

Al igual que Dando a Luz, pero diez años después, fue una agrupación que se gestó desde la casa de Raquel Schallman, su parto libre y las lecturas feministas de Casilda Rodríguez Bustos. El salto hacia la politización del parto se dio desde el proceso de experimentar en carne propia la experiencia gozosa y querer extenderla como derecho a otras mujeres, o —al menos— prevenir las violencias también padecidas.

4.11. Un test

Silvana Mayer del CNM, al igual que María José, circulaba por espacios extra institucionales anteponiendo su militancia por encima de las restricciones del feminismo institucionalizado. Convocó a una reunión en su mismo espacio de trabajo para que Dando a Luz y Maternidad Libertaria como agrupaciones con perspectiva de género que —en palabras de Silvana— estábamos persiguiendo “la misma lucha” hiciéramos algún proyecto conjunto. Fuimos Sol Suar y yo, que éramos las más conciliadoras. De allí nació conjuntamente el “Test de Violencia Obstétrica”⁸⁴ que creamos para visibilizar, sensibilizar e informar sobre esta modalidad de violencia institucional en el marco de las Leyes Nacionales N°26.485 y N°25.929 en lo que concierne al parto. Lo utilizamos por primera vez el 25 de noviembre en el Congreso de la Nación. Esa acción en el Día Internacional contra la Violencia hacia la Mujer se volvería inolvidable. Una violencia invisible, silenciosa tomaba la calle para hacerse notar. Duró un año, en la línea blanca de la senda peatonal de la esquina de Callao y Rivadavia, nuestro estencil “Todxs nacemos de mujer, denunciemos la violencia obstétrica”. Pero que existiera una ley, o dos, no garantizaba que se materialice en la institución. Lo importante fue que operó como un nodo de convergencia, el último en 2010: Dando a Luz, Maternidad Libertaria, el Centro de la Mujer “Cuestión de género”, referentes del Consejo Nacional de las Mujeres, figuras mediáticas como Carla Conte y otras referentes de centros barriales que nos seguían a través de la red social facebook a todas las agrupaciones se dieron cita allí para enunciar una violencia que no tenía voz en las conmemoraciones de los 25 de noviembre.

Las autoridades del CNM evaluaron la posibilidad de incluir el logo institucional para que tuviera más peso la iniciativa. Lo negaron porque les pareció un test “tendencioso”. Era muy difícil que hubiese alguna pregunta/situación por la que no hubiese pasado una mujer en un parto institucional. Quizás no era por tendencioso, sino porque la violencia obstétrica está totalmente instalada y naturalizada, así sea desde el goteo sin consentimiento hasta la intervención más agresiva.

Este año 2018 el test se relanzó desde la Defensoría del Pueblo —uno de los organismos de recepción de denuncias— como una herramienta de sensibilización sobre la problemática de la violencia obstétrica. Lo estaba circulando sin autoría de las agrupaciones, por lo que María Pichot, me llamó indignada para avisarme. Finalmente el test se relanzó oficialmente con la presencia de Dando a Luz. Uno de los aprendizajes en esos caminos compartidos fue dar visibilidad a las luchas colectivas, ahora sí entendidas

⁸⁴ El documento original puede recuperarse en:
<http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

colectivamente como “militancias”.

4.12. Lo personal es política pública

El 8 de marzo de 2012, se inauguró una sala de parto en el Hospital Municipal de Morón, con condiciones que garantizaban el cumplimiento de la ley de parto humanizado: la posibilidad de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, un espacio separado de otras salas y elementos para facilitar el movimiento y el respeto por los tiempos necesarios antes de pasar a la sala de parto. Asistí a realizar trabajo de campo y también como invitada luego de varios encuentros e intervenciones con el Frente de Mujeres de ese municipio y el espacio partidario. Se trataba de un encuentro etnográfico en el marco de un evento institucional de salud y con incidencia política más amplia.

El contacto con las referentes y funcionarias del partido político Nuevo Encuentro se había iniciado en 2009, primero en el I Congreso Iberoamericano de Género, en Córdoba, donde Delia Zanlungo comentó en un almuerzo entre ponentes de trabajos sobre “violencia de género en el parto” forma en que la nombrábamos la recientemente tipificada violencia obstétrica. En ese momento estaba a cargo de la Dirección de Políticas de Género, pensando en cómo implementar alguna política que garantizara la ley 25.929 en un hospital donde ya tenían referencias concretas de los malos tratos en la atención de partos. En este evento de 2012 había pasado a ser la Secretaria de Salud del Municipio. La inauguración de la sala era una política concreta que casi tres años después había logrado como funcionaria, en un proceso más amplio de líneas institucionales.

Entre 2009 y 2010, en el marco de la maestría de la UNSAM entablamos vínculo con compañera de cursada, la politóloga Belén Paolucci, que trabajaba en la Dirección de Juventud del Municipio de Morón. En octubre de 2009 fue electa concejal de esa jurisdicción. Nuestras discusiones, así como con otras compañeras que trabajaban en instituciones públicas de salud, juventud y niñez, acerca de la prioridad o no del derecho a un parto respetado eran frecuentes. Todas insertas en contextos como el Hospital Nacional Posadas, la Villa 21-24 (Barracas)⁸⁵ u otros territorios con población en situación de vulnerabilidad, me hablaban de otras urgencias: principalmente que evitar los embarazos adolescentes, atender situaciones de abuso, de violencia física, entre otras prioridades. La relación con otros derechos sexuales y reproductivos y la inescindibilidad

⁸⁵ Desde 2012, gracias al contacto de la compañera trabajadora social Laura Frattini, la Colectiva Maternidad Libertaria accede al territorio del barrio Villa 21-24 para realizar talleres sobre parto respetado y prevención de la violencia obstétrica. El análisis de ese proceso excede los límites de esta tesis. Sin embargo puede recuperarse a través de diferentes publicaciones académicas (Jerez, 2015(a) y (b))

de los derechos de primera generación, eran temas de la cursada y también de discusiones entre nosotras. Las situaciones de violencia obstétrica eran comentadas, existían, pero no podían priorizarse en un marco donde había otras situaciones donde la vida de las mujeres estaba en riesgo. Tampoco priorizar el parto en un país donde el aborto aún no era, ni es, legal.

Fueron discusiones absolutamente enriquecedoras porque me aproximaron a las dinámicas institucionales que me eran ajenas, por la proximidad de los territorios, cosa que en el Consejo Nacional de las Mujeres no había vivido y desde mi trabajo actual en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, en ese momento, era algo fuera de lo pensable o problematizable⁸⁶.

En julio de 2010 Paolucci nos contó que el Municipio de Morón comenzaría a pensar como política general, la implementación del modelo de parto humanizado en el hospital municipal y como política integral desde otras líneas que tenía la gestión. Solicitó toda la documentación y bibliografía que tuviese a mano. La imbricación entre intención, afectos y experiencia tenían sede en esos procesos de intercambios, de negociaciones sociales y políticas. De alguna forma, lo planteado por Zanlungo en 2009, los procesos internos del partido, lo discutido en clase con una concejal, habían situado definitivamente al parto en la agenda de políticas. En marzo de 2011, para la conmemoración del Día Internacional de la Mujer Trabajadora me convocaron a un encuentro de “formación de cuadros”. La intervención se llamó *Entre mandatos y derechos: el parto como cuestión política*. en el marco de la “Jornada de debate e intercambio, Área Salud. Día Internacional de la Mujer. Encuentro organizado por el partido político Encuentro por la Democracia y la Equidad”. Fue el 12 de marzo en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Plata. Expuso también el Director de Atención Primaria en Salud y la concejal Paolucci, presentando el Proyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo elaborado por su partido político. Luego de la exposición e intercambio, se acercó Cinthia Frías, quien hoy es la responsable del Frente de Mujeres de la Provincia de Buenos Aires del partido y en ese momento era la Directora de Políticas de Género (ex cargo de Zanlungo). Me dijo “Mónica (Macha) dice que estuvo muy buena tu exposición, pero tendrías que haber

⁸⁶ Desde 2015 existe el Programa de Igualdad de Género “=GénEx” que no solo se circunscribe a la aplicación del “Protocolo de intervención institucional ante denuncias por violencia de género, acoso sexual y discriminación de género” en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires. Este Programa también trabaja en comisiones interdepartamentales con reuniones mensuales. En varias ocasiones la violencia obstétrica fue propuesta como temática para trabajar en tareas de sensibilización, que -por el momento- no están en las prioridades. Sin embargo son instancias donde fue enunciada y problematizada.

considerado que hay mujeres que no desean ser madres y tienen derecho”. Ese comentario, que hoy me parece obvio, en ese momento me desconcertó. Era la primera vez que me alguien me sugería que en una charla sobre parto, también debía hablar de aborto, aspecto que luego incorporé para siempre al relacionarlo con la violencia obstétrica.

La escena del 8 de marzo de 2012 fue uno de los hitos más significativos de mi travesía etnográfica, donde se condensaron procesos y agentes de politización del parto. Atravesamos primero, junto a Cinthia Frías, una sala de espera totalmente fuera del canon de un hospital. Paredes pintadas de colores e intervenidas con fibrones y otros materiales por familias que le daban la bienvenida a sus hijos e hijas, con fechas y deseos. ¿Y esto?, pregunté, le pregunté a Cinthia. “Ah, es algo que nos pareció importante, para que las familias se sientan partícipes del nacimiento de sus hijos y de la historia del hospital”. Me pareció “hermoso”. Una sala donde la angustia y la incertidumbre son protagonistas, el hecho de habilitar un espacio donde se inscriban las emociones tensaba lo que estaba registrando como antropóloga con mi self militante, una vez más. Luego vino algo no tan “hermoso”. Obstetras obstruyendo el pasillo de acceso a la sala, en clara oposición a la inauguración, y al supuesto “poder ganado por las parteras” en términos de Frías, que la habían impulsado dentro del servicio de Tocoginecología. Desde la puerta de la sala se veía a la obstétrica responsable Silvana Rodríguez, llorando de emoción por el cumplimiento de un sueño; sobre el pasillo el intendente Lucas Ghi, intentando dar un discurso frente a cámaras⁸⁷. En mi fantasía militante, ante tanto revuelo político, había imaginado una sala más grande o más equipada y también la alegría por el logro colectivo. Se trataba de una habitación dividida por tres cortinas azules para separar las camillas y garantizar el acompañamiento de un varón —en el caso de que fuera del deseo de la parturienta—, tres pelotas de esferodinamia y banquitos de parto de madera. Saludé a Silvana y comprendí que la emoción era por mucho más que la sala y el equipamiento. Me contagió las lágrimas. Era la materialización de un proceso colectivo que llevó años.

En una misma escena, había malestar y celebración. Meses después, una nueva gesta tendría lugar en ese hospital, la incorporación de un voluntariado de doulas que se convertirían acompañantes y testigos de todo lo que acontece en la atención perinatal hasta el día de hoy. Estas políticas públicas implementadas por la ex Secretaria de Salud Delia Zanlungo, fueron y siguen siendo disruptivas en la atención institucional, ya que

⁸⁷ El discurso puede recuperarse en https://www.youtube.com/watch?v=_mJRgnrtlIQ

agregan instancias de contralor legal, aunque las doulas no estén para esa función⁸⁸. Sopesan la intervención excesiva y hegemónica, al tiempo que complejizan la dinámica humana de los servicios médicos (neonatología, obstetricia, enfermería) agregando un actor social más: las doulas.

Mónica y Delia fueron las mentoras de estas políticas públicas, y resulta pertinente mencionar que sus experiencias personales estuvieron relacionadas con garantizar estos derechos. Mónica tuvo a su hija en el hospital Durand, cuando el servicio de obstetricia tenía habilitada la posibilidad de parir en el agua. Fue en 1993, una década antes de la Ley 1.040 de acompañamiento, en la Ciudad de Buenos Aires. La pudo acompañar durante todo el proceso, su compañero Martín Sabbatella, recibiendo a su hija. La foto de ese parto podría ser la de un parto en casa actual, y sin embargo transcurrió en un hospital público. Sólo se hacían partos acuáticos los días jueves, cuando estaba el jefe de guardia, que era experto en esa modalidad y el encargado de atender partos de riesgo. Se trataba del Dr. Katz el médico presente en la SMPR 2009, en la actividad coordinada por DAL, aquella vez que me presenté como “militante” y anoté su participación en mi cuaderno como “snob”. Nueve años después, en una entrevista con Mónica Macha para validar datos de los recorrido, me mencionaría lo importante que fue esa experiencia en itinerario político militante en lo referido a derechos sexuales y reproductivos: “Lo que me marca para siempre es el nacimiento de mi hija... Esa experiencia me marcó mucho. Es posible tener un parto respetado en el hospital aunque no todo el servicio esté de acuerdo. Buscar gente comprometida que sí esté decidida hacerlo.” (Macha, Entrevista 2018).

Por su parte Delia como Secretaria de Salud de Morón, iba a realizarse los controles al hospital público, de incógnita, para saber cómo trataban a las mujeres. Allí supo de la deshumanización, poniendo el cuerpo, para ver qué trato recibían las usuarias. Eligió parir en su casa a sus dos hijos, nacidos en 2008 y 2012.

De alguna forma, estas vinculaciones entre lo personal y lo político, ponen a las emociones en movimiento, disipando los “límites acartonados entre militancia, intimidad y Estado” (Tabbush y Caminotti, 2016:1) . Tanto Delia como Mónica son egresadas de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Fueron compañeras toda la carrera y tomaron las influencias de Ana María Fernández, como psicoanalista feminista

⁸⁸ En el trabajo conjunto con Celeste Jerez, basado en el Convenio con la Asociación Civil Doulas Comunitarias, recuperamos el proceso de inserción de las doulas en el Hospital Municipal de Morón, las motivaciones para participar como doulas comunitarias y también las resistencias a su labor en los diferentes servicios. Esos temas exceden el presente trabajo aunque también se explorarán los vínculos personales políticos que llevan a las mujeres a desarrollarse como doulas y participar como voluntarias en un hospital público.

que fue su docente. Según Macha, ambas se preguntaban, ya durante su gestión en Morón “¿Por qué no podemos tener, como en los lugares privados, pelotas para relajarse, una ducha, un box? ¿Cuál es el problema del espacio físico? Hubo una discusión sobre qué nombre darle “humanizado”, “centrado en la familia”. ¿Qué comprar? Todo era disruptivo.” (Macha, Entrevista 2018).

Encuentro por la Democracia y la Equidad, asume la intendencia de Morón en 2004 con un fuerte objetivo de establecer políticas de género de manera integral y transversal. La Dirección de Políticas de Género (DPG) se crea en ese sentido, siendo la primera política vinculada a la situación de servicio, la de la violencia de género. En paralelo el Consejo Municipal de las Mujeres, dependiente de la DPG pero como instancia comunitaria, se conforma por mujeres muy diversas, desde distintos partidos políticos, clases sociales, situaciones ocupacionales, pero todas muy ligadas al tema de violencia de género como preocupación compartida. También la organización de viajes para participar en los Encuentros Nacionales de Mujeres y formarse políticamente, son sus objetivos. Entre 2006-2007 desde su función de monitoreo de las políticas públicas del Municipio, las mujeres del Consejo plantearon estar más presentes en el tema de la salud y especialmente en las áreas de tocoginecología. En paralelo, el trabajo de psicólogas y trabajadoras sociales en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), con un fuerte trabajo en salud mental en temas de adolescencia, adicciones y salud sexual y reproductiva, crean las Consejerías pre y post aborto en 2007. El derecho a decidir por el propio cuerpo tanto en el embarazo como en su interrupción se presentan como cuestiones vinculadas desde los CAPS. Como una tercera línea de aproximación a la temática de derechos sexuales y reproductivos donde el parto está incluido aparece la Dirección de Educación, con un área específica de “maternidad comunitaria”. Se trataba de una instancia donde educadoras que trabajaban sobre cuerpo y embarazo para pensar con las mujeres del barrio la propia maternidad, una instancia reflexiva que tenía sede en los jardines maternos del municipio. Eran instancias en las que, según Mónica Macha, aún no se “hablaba de feminismo pero sí de género”. Esas tres líneas, la DPG, a través del Consejo Municipal de las Mujeres, los Centros de Atención Primaria de Salud y la Dirección de Educación, planteaban en tema del derecho a decidir sobre los procesos de sexualidad y reproducción, desde un lugar de “disfrute”. Las líneas institucionales elaboraban informes para discutir a qué cuestiones las mujeres le daban importancia, siendo lo tocoginecológico un tema recurrente. Esas diferentes instancias de intervención terminaban en un quiebre abrupto al llegar a la atención institucional: “Llegar al hospital era llegar al cuartel”, afirma Macha.

Desde 2007 con la implementación de las consejerías pre y post aborto hasta 2012 donde se inaugura la sala de pre-parto respetado la gestión trabaja en tres líneas paralelas entre lo comunitario y lo institucional para elaborar estrategias integrales para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. La escena de la inauguración, un 8 de marzo, no se presentaba como una situación de celebración colectiva sino característica de las tensiones políticas siendo el hospital la instancia institucional de mayor resistencia. Macha comenta ese proceso así:

Se podía avanzar en algunas guardias y en otras no. Pensábamos como Gramsci. Cambiar de a poco la cultura institucional para que la rareza comience a ser la nueva hegemonía. Lo que más resistencia generaba era que las mujeres estuvieran acompañadas. Fueran varones o no. Como cualquier tensión política, podía darse en el servicio, al negociar paritarias, lo salarial, el presupuesto (...) Explicar la importancia del respeto, evitar las humillaciones. No cargarles la culpa. Pero que fuesen responsables de sus propias prácticas institucionales. Desnaturalizar los maltratos, entendidas como prácticas de rutina. Nunca llegamos a tener todas las guardias de acuerdo.

Desde el cambio de gestión municipal en 2015, estas políticas entraron en retroceso, o en etapa de “resistencia” en términos de Macha y también de “Pelusa” Moledo, presidenta de la Asociación Civil Doulas Comunitarias. Mejor dicho, las resistencias al modelo humanizado, recuperaron poder dentro del hospital siendo la obstétrica “Silvana Rodríguez la más *castigada*” (Macha, Entrevista 2018).

El hito de 2012, que se enmarca en un proceso que comienza en 2009, narrado a través de la escena de la inauguración, nos permite poner en diálogo el parto domiciliario con la atención institucional, e indagar en las tensiones dentro del hospital al tener que permitir que los partos sean acompañados, a la par de otras agentes que en la escena del parto, como las doulas. Doulas, que a su vez también transitaban experiencias de parto domiciliario. Ese salto de lo individual a lo colectivo, de lo “íntimo” a lo político para trascender las inequidades que comprenden el trato respetuoso como un “privilegio” en el camino a constituirlo hacia un derecho fueron recurrentes en toda la travesía etnográfica.

4.13. Un abrazo final

Trujui, 9 de febrero de 2017. Varias manos en alto, con dos dedos en “V”, guardapolvos blancos, el himno nacional de fondo. Pañuelos verdes -símbolos de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito-, también. Cientos de personas

cantaban entre lágrimas y abrazos. Indignación y duelo eran compartidos. La Dirección de Hospitales de la Provincia de Buenos Aires había pedido días antes y “por cuestiones políticas” en términos de las mismas directoras, aún reconociendo los logros de su gestión, la renuncia de las dos directoras de la MEC, las médicas Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo. Era una escena dramática, un abrazo solidario -convocado por la agrupación Las Casildas -asociación civil responsable del Observatorio de Violencia Obstétrica- y también un nodo de convergencia histórico y político de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Había conocido por dentro la MEC en julio de 2016, invitada por María José Bernasconi. Aquella visita⁸⁹ fue un verdadero shock político, uno de los hitos finales que de la travesía etnográfica que aborda este trabajo. María José me presentó como miembro de la RELACAHUPAN y docente del curso que ella estaba realizando sobre violencia obstétrica. Mi pertenencia a la Colectiva de Antropólogas Feministas (CAF), del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, disparó de parte de Cecilia Zerbo -directora médica en ese momento— una suposición a modo de invitación: “seguramente nos volvamos a ver para armar algo”⁹⁰. Ese “algo”, se convertiría meses después en un proyecto conjunto bajo el Programa de Subsidios de Extensión Universitaria UBANEX: “De prestadora de servicios a garante de derechos’: investigación-acción y praxis comunitaria en una Maternidad pública del conurbano bonaerense”. Luego Cecilia agregó que con el feminismo tenía diferencias, aclarando que “hay cierto feminismo que sí me gusta”. Esa instancia se repetiría ya en reunión con las integrantes CAF interesadas en desarrollar el proyecto UBANEX, ocasión en la que Zerbo especificó que “las del pañuelo verde, luego no marchan cuando hacen falta métodos anticonceptivos en los hospitales”. Desde esos encuentros en 2016-2017 la postura de Cecilia se ha modificado, encontrándola en cada evento o marcha con el pañuelo verde de la Campaña puesto, lo que nos da cuenta del peligro de cristalizar y reificar ciertos testimonios y actitudes como definitivas, con riesgos de esencializar la experiencia (Trebisacce, 2016) siendo que lo personal político es dinámico y dialéctico.

⁸⁹ Enmarcada como entrevista oficial de RELACAHUPAN con la MEC, en ocasión de la visita de Jesica Carreño, obstétrica y representante por Mendoza de la Red. También estaba Silvina Pérez Lazcano que pertenece al Centro de la Mujer “Cuestión de género: mucha tela para cortar...” de la Fundación Misión y Servicio, organización para cuya fundación colaboré en 2009, entre las múltiples actividades que me comprometieron esos años.

⁹⁰ Programa de Subsidios de Extensión Universitaria UBANEX - 9ª Convocatoria “Doctor Bernardo Alberto Houssay – 70 Aniversario Premio Nobel” (EXP UBA 0075726/2016) dirigido por Dra. Mónica Tarducci y co-dirigido por Dra. Nora Goren. Las investigadoras principales fuimos Celeste Jerez, Mayra Valcarcel, Marlene Russo, Claudia Cernadas Fonsalías y Valeria Fornes. Presentamos el proyecto en octubre de 2016 y la resolución de aprobación salió el 19 de abril de 2017.

Luego de esa entrevista donde me interioricé de la historia de la institución, de cómo habían reducido todos los indicadores negativos de salud zonal, los antecedentes del ideario de parto humanizado en Moreno⁹¹, la capacitación al personal en todas sus funciones y rangos en el modelo de atención respetada, el nombrar al personal de seguridad como “cuidadores”, el acceso a interrupciones legales del embarazo, ligaduras de trompas y vasectomías, entre mucha otra información que intentaba retener para luego registrar, pero especialmente sobre cómo la MEC garantizaba el cumplimiento de las leyes nacionales de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos; recorrimos las instalaciones junto a una obstétrica conocida de María José, participante de RELACAHUPAN. La escena aparentaba un clínica privada: salas de trabajo de parto cómodas e individuales para garantizar la compañía de quien la embarazada eligiera, luz tenue, la posibilidad de poner música, hornillo con esencias para aromaterapia, lámpara de sal, baños con ducha, pelotas de esferodinamia, banquitos de partos, sonrisas en los pasillos. En una de esas presentaciones efímeras, la obstétrica le dijo a dos jóvenes residentes “ella es feminista como ustedes”, refiriéndose a mí. La emoción que me recorrió no era institucional, ni siquiera antropológica. Se trataba del sueño de la militante, el ideal de respeto y garantía de derechos como modelo de atención pública, instalada en uno de los enclaves más pobres de la Provincia de Buenos Aires. Parto y aborto en una misma institución. Perspectiva de clase y género. O, al menos, eso sentí en ese invierno de 2016.

El desarrollo del proyecto UBANEX, se realizó entre junio de 2017 y mayo de 2018. Parte del equipo sigue en contacto, realizando actividades de transferencia pautadas, dado que los objetivos eran demasiado ambiciosos para el tiempo con el que se contaba y la coyuntura luego del alejamiento de las directoras Zerbo y Rosemberg que fueron las firmantes. El arduo y profundo trabajo antropológico realizado, matizó esa idealización que tuve como militante en mis primeras aproximaciones. Sin embargo, siguiendo a Michelle Rosaldo (1984), las emociones son parte de la construcción del conocimiento científico. Sin esos pensamientos corporizados quizás no hubiese

⁹¹ Si bien el proyecto de realización de la MEC comenzó en 1995, recién en 2004 se adquirió el terreno donde se construiría finalmente. Este predio había funcionado como la clínica del Dr. Rodolfo “Rolo” Freyre, médico generalista que trabajó muchos años en Trujui, acompañando los nacimientos de más de 4000 niños y niñas de Moreno, durante los 25 años que la clínica estuvo en funcionamiento. Freyre, fallecido el 12 de julio de 2018, fue uno de los referentes del parto fisiológico/natural en Argentina. Esta historia es recuperada por la comunidad de la Maternidad como parte de su mito fundacional. En la entrevista de julio de 2016, Cecilia Zerbo comentó que la generación de Moreno que nació en la clínica de partos de “Rolo” elige tener sus partos en la MEC como continuidad de un modelo de atención que respeta el protagonismo de la familia y los tiempos fisiológicos.

traccionado tanto para que el proyecto al menos fuese algo deseable y posible tanto para mí, mis colegas y compañeras y para el IIEGE y la MEC como instituciones.

La MEC se construyó como iniciativa del Municipio de Moreno para reducir los índices de mortalidad materna y neonatal, los más altos de la Provincia de Buenos Aires, como un proyecto tripartito entre el Municipio, el gobierno Provincial y el gobierno Nacional. Según el informe de gestión anual de 2016, que fue el presentado antes del pedido de renuncia para ambas directoras, la tasa de mortalidad infantil en la ciudad había disminuido desde 2010 a 2015 en un 5.4 por ciento, mientras que la de muerte infantil, un 3 por ciento. Desde la fundación de la guardia de obstetricia, en 2014, la Maternidad se caracterizó por tener un modelo de organización diferente. Como resultado se informaron: 3000 nacimientos acompañados, con un promedio de cesárea del 13 por ciento, un número óptimo según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que se contrapone con el 70 por ciento de una clínica privada o el treinta por ciento promedio en las instituciones públicas. Además de 500 procedimientos de ligaduras de trompas y más de 5 mil colocaciones de anticonceptivos de larga duración, la MEC se caracterizaba también por garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) y la realización de vasectomías.

En aquel “abrazo” del verano de 2017, no sólo se dio un reencuentro con la presidenta de la RELACAHUPAN, sino con otras mujeres a las que conocía de mi travesía etnográfica, que se habían acercado ese día a brindar simbólicamente el respaldo a las directoras, y a su gestión, y en repudio al despido de ambas. Eran referentes del parto humanizado en Argentina que había conocido a través de años de trabajo de campo y actividades de incidencia. Estaban nucleadas allí, como en un viaje al pasado. Nos habitaba la alegría por el reencuentro, por ver materializada una institución pública con la garantía de derechos que habíamos soñado, conspirado y también militado. También se mostraba decepción y pena ante la incertidumbre de este “descabezamiento” de la institución, con motivos explícitamente políticos. ¿Podría sostenerse lo logrado sin las lideresas? Siguieron los abrazos con mis *sujetas de estudio* devenidas también en compañeras o —al menos— contactos de Facebook. Como antropóloga transfronteriza entre academia, militancia y maternidad me preguntaba cómo había conocido a cada una, cuándo había comenzado el contacto, qué estarían haciendo, si se habrían vuelto todas feministas y *aborteras*⁹² como claramente no lo eran cuando las conocí. Salvo algunas, claro. Allí estaba la entonces senadora y actual

⁹² Coloquialmente las feministas nos autonombramos aborteras en respuesta a lo que las personas antiderechos extendieron como insulto, convirtiendo el estigma en emblema de identidad.

diputada nacional Mónica Macha, a quien le conté que la nombraría en esta tesis, reconociendo como uno de los hitos de mi travesía a la inauguración de la sala de parto en el Hospital Municipal de Morón. Todo nucleado en esa escena de politización del parto.

Y para terminar de componer la convergencia espacio-temporal, estaba junto a la colega y compañera Celeste Jerez con quien compartía docencia, investigación⁹³, extensión y continuamos compartiendo militancia en la CAF. Habiendo sido antes, su sujeta de estudio a través de mi agrupación y referente teórica, ambos en su tesis de licenciatura (Jerez, 2015(a)). La temporalidad de las trayectorias y travesías la ubican ahora a ella como parte de las referencias bibliográficas de este trabajo.

La polisemia de los dos dedos en “V”, en esa escena tan final como inicial, me acompañó todo el viaje de vuelta. Aquellas (im)pensadas victorias contra las violencias y vulneraciones de derechos que representaba esa institución, aún en un cierre de ciclo de autoridades, no dejaba de traslucir un “no nos han vencido”; un “venceremos” colectivo. Algo que al inicio de mi trabajo oficial de campo, era inimaginable como horizonte de lo posible.

⁹³ Entre otras actividades de investigación, presentamos *“Feminismo: ¿La palabra maldita? Reflexiones antropológicas sobre retóricas (anti) feministas en las iniciativas por el parto humanizado/ respetado en Argentina”* en el 13º Congresso Mundos de Mulheres (MM)- Seminário Internacional Fazendo Gênero 11, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 30 de julio- 4 de agosto, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. También realizamos un convenio de investigación con la ACDC titulado: “Políticas públicas y gestión comunitaria ¿Un diálogo posible?: La experiencia de Asociación Civil Doulas Comunitarias en el Hospital Municipal de Morón” (2017-2019).

Conclusiones

Mi pensamiento se ha nutrido directamente de la escucha de mis propias turbaciones, reconociendo a quienes las compartían, quienes las validaban, intercambiando historias sobre nuestras experiencias comunes y hallando pautas, sistemas, explicaciones de cómo y por qué ocurrían las cosas. Éste es el proceso central de la toma de conciencia, del testimonio colectivo. Así es como crece la teoría hecha en casa.

Aurora Levins Morales, *Intelectual orgánica certificada* (2001)

Esta tesis se propuso como una genealogía de la politización del parto: una reconstrucción abordada desde la antropología feminista, a través de lo fragmentario y aparentemente disperso de las escenas de mi trabajo de campo entre 2003 y 2017. El anudamiento y entramado de sentidos fueron posibles en perspectiva histórica, revisitando la relación entre lo personal y lo político de los encuentros etnográficos y de mi propia travesía, al ritmo de reelaboraciones teóricas y la dialéctica con contextos sociopolíticos más amplios.

Como señala la filósofa feminista Alejandra Ciriza, la dificultad de las genealogías radica en “esa suerte de irreductible tensión que habita los feminismos: la tensión entre público y privado, entre lo personal y lo político, entre la demanda igualitaria y las consecuencias políticas de las diferencias entre los sexos que nos sitúan en un mundo previamente marcado, entre otras cosas, por tradiciones políticas diversas en cuya construcción sólo hemos intervenido fragmentariamente” (Ciriza, 2008:34).

En ese sentido, la recuperación de las protagonistas del pasado y la revalorización de sus experiencias como elementos desde los que comprender y escribir la historia, fueron tareas que tuvieron una incidencia directa en el presente. Esa impronta no sólo se tradujo en una resignificación de los hechos sino en la emergencia de otro orden de la estructura que sólo podía ser releída y reinterpretada desde la propia perspectiva del pasado.

Para la relectura e interpretación de estos procesos, propuse escenas y escenarios tan eclécticos como sus protagonistas, y por momentos, superpuestos e imbricados, que fueron parte de la travesía etnográfica. Diversos, como son las estrategias de promoción de derechos para un parto humanizado y la protección contra la violencia obstétrica. En ese recorrido, las emociones tuvieron protagonismo para dar cuenta del agenciamiento

individual y colectivo, en términos de la politización de la experiencia, para incidir en el cambio de las prácticas biomédicas o, más aún, influir en el posicionamiento político de las mujeres frente a la situación de atención del parto en la atención institucional.

Los periodos 2003-2004, 2008-2010, 2012-2015 fueron nodos de la politización del parto en cuanto que anudaron representaciones y prácticas a través de agentes que enlazaban lo personal-político hacia instancias públicas. Esas instancias podían tratarse de leyes, espacios institucionales o estrategias militantes que tomaron estado público imprimiendo nuevas formas de abordar la problemática de la violencia obstétrica.

Como antropóloga y también como madre, inicié este recorrido, sin reconocer el proceso que estaba sucediendo y del que inexorablemente me volvía parte. El periodo inicial 2003-2004 coincidió con la sanción de leyes de promoción de derechos en el proceso de parto-nacimiento, que identifiqué como uno de los nudos de convergencia política en el proceso de politización del parto. Allí confluyen el modelo de la medicina basada en evidencias a través de la OPS, la política pública del Ministerio de Salud desde un modelo de equidad, la política partidaria, las instancias de informes institucionales nacionales e internacionales, como INSGENAR y CLADEM, y la participación de ONGs donde se destaca la Asociación Civil Dando a Luz.

Ajena a ese proceso, en una suerte de lado B de lo institucional, entre rondas de embarazadas y puérperas, las emociones fueron disparadoras de preguntas de investigación. El desconcierto e incertidumbre ante la muerte y la pregunta sobre aquello tan temido de lo que escapaban y escapaban las mujeres en la atención institucional, me llevó a conocer otras formas de comprender el parto, a escuchar historias penosas y gloriosas, pero situadas desde un deseo y un ideario, aunque ecléctico, habitado sentidamente.

El parto domiciliario se materializaba como opción, a través de variantes con mayor o menor andamiaje profesional de salud, que enunciaban el resguardo en lo doméstico como forma de salvación. Se trataba de la confluencia de conceptos y prácticas que integraban las recomendaciones de los organismos internacionales, reivindicaciones desde el ecofeminismo, relatos de tribus sin nombre, libros de referentes del “parto natural” y una clara demonización de la atención biomédica. Historias que estaban enlazadas en diferentes activismos, no conceptualizados como militancias, en tanto que rechazaban la idea de “lucha” y “confrontación”, pero situadas en la arena política del parto.

En su modelo legal, el parto humanizado incluyó conceptos tales como protagonismo, libertad de movimiento, intimidad y acompañamiento. Estos constituyen representaciones, cristalizadas en el cuerpo de una Ley Nacional N°25.929, de valores específicos de la clase media que fue la propulsora —como en otros derechos sexuales y reproductivos— de los cambios sociales. El nombre de la ley de “Padres e hijos...” nos hablaba de un momento histórico donde la perspectiva de género no estaba integrada, pero que formaba parte de un proceso de ampliación de derechos sexuales y reproductivos que sí los vertebraba. Detrás del escenario institucional, público y visible, las narrativas de relatos se corporizaban en mujeres atravesadas por relaciones de poder institucional, que no encontraban sitio donde resguardarse o ser escuchadas en sus demandas. Sus testimonios fueron nutriendo mi trabajo.

La Asociación Civil Dando a Luz fue un punto de referencia en difusión de estrategias y derechos en esa etapa inicial para, desde 2008, fuera conceptualizada como referente empírico cuando la irrupción de la categoría de género y el abrazo feminista me permitieran otra lectura teórica y política. Este periodo de revisión antropológica correspondió a la identificación de los rasgos principales del modelo biomédico asociados a la experiencia de violencia vivida o a evitar, recuperados desde el mismo campo. Esta conceptualización se tejía más allá de la nomenclatura legal que se iba construyendo como proceso paralelo aunque no escindido políticamente.

Los rasgos del modelo identificados como violentos o deshumanizados traducían representaciones arraigadas en el modelo biomédico cuyos supuestos entienden a las mujeres como cuerpos inadecuados para parir, en tanto intervenibles y modificables a través de sustancias o incisiones. Cuerpos que también se toman como propiedad de la institución médica donde se imprimen lógicas de comportamiento apropiado. El cuerpo legítimo de la institución es entendido entonces un cuerpo dócil y maleable, escindido de la voluntad y poder de la mujer o persona gestante, cuyo “alta médica” implica siempre una marca de género a través de una cicatriz. Por último el cuerpo dentro de este modelo, es un objeto asexuado en tanto carente de deseo o castigado si el goce es exhibido.

En este trayecto de identificación, las resistencias posibles, aquello que el cuerpo hace, más allá de lo que le hacen al cuerpo, se erigían desde las emociones encarnadas. La bronca, la impotencia, la vergüenza y la tristeza por lo vivido tienen referentes concretos que se construyen sobre lo deseable no experimentado. La construcción del relato anclado desde el activismo, reparaba lo disgregado en un intento de restarle potencia a lo

experimentado como traumático, transmutando el dolor en incidencia en la arena de la politización del parto. Por otro lado, las experiencias “gozosas” vividas en el parto siguiente como instancia superadora o como única experiencia, aparecían como extendibles a otras mujeres. El orgullo, la valentía o el poder experimentados se ponían en juego proyectando los valores propios hacia el colectivo de mujeres. La politización de la propia experiencia debía ser sembrada en otras, aunque no se reconocieran los derroteros personalísimos ni la diversidad de deseos y búsquedas. Sin embargo lo personal politizado, la política personalizada entraban en escena.

Del nodo de politización 2008-2010, el 2009 fue el año de convergencia máxima que enlazó representaciones maternalistas y esencialistas con militancias que iban en sentido contrario desde el movimiento feminista, desde lo no gubernamental, partidario, académico e institucional. También confluyó la medicina basada en evidencias a través de instituciones que ofrecían datos concretos de la escisión entre las prácticas institucionales, las recomendaciones científicas y lo normatizado por la ley 25.929. En ese eclecticismo, los activismos que habían nacido desde las experiencias gozosas de partos domiciliarios fueron paradójicamente también protagonistas —como lo habían sido en 2004— de la construcción de una ley, esta vez, basada en la protección de la violencia de género. Lo personal-político y lo doméstico-público se orientaron hacia un sólo sentido de garantizar derechos, aún en la tensión de lo natural-cultural que entrañan las significaciones de un evento complejo como el parto. Al ritmo de esas instancias más amplias, la travesía etnográfica me llevaba a prácticas de incidencia e implicancia mayor, con participaciones que aportaban referencias antropológicas y de género para la comprensión de la problemática de la violencia obstétrica, siempre acompañando la difusión de los derechos vigentes.

Sin embargo, el modelo legal va a seguir coexistiendo con otros sentidos de lo respetado/humanizado en tanto potencia natural de las mujeres: la apelación al instinto, que comprende al parto natural (en tanto no intervenido y respetado) como un proceso de desaprender la cultura. La afirmación de que todas las mujeres sabemos parir pero lo hemos olvidado y que sólo es cuestión de recuperar esa memoria mamífera, no sólo asequible sino deseable para todas las mujeres. Dado que la instauración del modelo biomédico de nacimiento es entendida como una ruptura con el orden natural, esto se traduce en una nostalgia por el pasado y un romanticismo por el tiempo de las abuelas, las comadronas y los partos no institucionalizados; y también por las formas de parir

indígenas, en una construcción idílica de una otredad exótica resignificada como deseable, aunque escindida de las problemáticas actuales de los pueblos originarios.

En lo inmediato o en lo meticulosamente maquinado, entre lo práctico y lo estratégico, las mujeres seguían incidiendo para disputar, responder, resignificar las heridas hacia anclajes de transformación social, re-escribiendo o re-inscribiendo otros programas políticos para sí mismas e incluso para otras. De ese modo se fueron abriendo espacios de resistencia y creación, en un intento de trascender la victimización y pasividad que supone a las mujeres sólo como objetos de prácticas en la atención de sus partos. En esa lógica corporal paradójica de violencias y resistencias se construyeron micro libertades que pudieron vehicular acciones de incidencia, o —al menos— espacios de dignidad como posibles victorias, desde el cuerpo mismo. Ya desde 2009 esas resistencias estuvieron signadas por la perspectiva de género e, incipientemente, por la lucha feminista, en un contexto donde la violencia de género había entrado en la agenda institucional, legal y mediática, por medio de otros espacios de incidencia como los Encuentros Nacionales de Mujeres y las conmemoraciones de 8 de marzo y 25 de noviembre. En ese sentido, la calle desplazó a la ronda como principal sede agenciamientos e incidencias. También lo hicieron desde otras formas de comunicación militante, como los fanzines, los activismos virtuales más virulentos y desde una herramienta de sensibilización: el test de violencia obstétrica.

Pero las acciones de incidencia, en tanto estrategias, están signadas por los idearios o modelos donde el parto humanizado/respetado tiene protagonismo, pero el concepto en sí está permanentemente tensionado. Una tensión de representaciones y prácticas entre idearios que opera en un juego de inclusiones y exclusiones, donde la dicotomía de pureza-contaminación, entendida en términos antropológicos, establece los límites de lo que es apropiado y posible para transformar una práctica tipificada en violencia obstétrica.

Es así como el modelo de la medicina basada en evidencias incluye el dato en tanto evidencia resultante de ensayos clínicos en muestras aleatorizadas. Pero excluye narrativas de experiencias, lo fragmentario y discontinuo de los relatos; lo subjetivo y la militancia. Aspectos que desde las ciencias sociales, especialmente a través de un abordaje cualitativo son de interés y valor para comprender estrategias de agenciamiento e incidencia. La dupla academia-militancia feminista, visibilizó la importancia de lo interseccional, la investigación-acción desde una perspectiva de clase y género, la lucha desde diferentes ámbitos de inserción y el lenguaje interdisciplinario. Y la acción

feminista de nuevas agrupaciones, ancladas en lo sexual y reproductivo donde el parto es protagonista pero no deja de enunciarse al aborto como derecho y experiencia vivida, erige otros conceptos para hacer visibles las violencias: el poder, el placer y la lucha por conquistarlos. Por otro lado rechaza lo maternalista en tanto esencialista, a las instituciones en tanto instancias de vigilancia y control y a lo partidario que querrá capitalizar los diferentes recorridos.

El periodo 2012-2015 anudó la cristalización institucional de la politización del parto. Por un lado, con la inauguración, en el Hospital Municipal de Morón, de una sala de parto y luego con la incorporación de un voluntariado de doulas comunitarias para la garantía del acompañamiento en todo el proceso de trabajo de parto, parto y posparto. Por otro, con la inauguración de la Maternidad Estela de Carlotto (MEC) en la localidad de Trujui, Moreno.

La MEC es una institución cuyas bases estuvieron ligadas a la implementación de un modelo de salud garante de derechos. Otra vez, paradójicamente, ambas instancias, aunque nacidas de lo político gubernamental y enlazadas con un modelo de equidad e inclusión en salud, estarán también ligadas —desde lo personal político— con experiencias relativas al “parto natural” y al “parto en casa”. En el caso de Morón, los referentes principales que impulsaron el parto respetado dentro del Hospital, tuvieron sus partos de manera libre y gozosa a través de modelos alternativos, sea en partos domiciliarios o parto en el agua en un hospital público. Por otro, lado, en lo que respecta a Moreno, la sede misma de construcción de la Maternidad se erigió sobre las bases de una clínica que funcionó como casa de partos, cuyo referente trabajó durante veinticinco años en la atención de “partos naturales”. La historia de la MEC o mito fundacional, incluyó este recorrido previo como enlace emotivo con la comunidad, que involucra a las personas nacidas en ese modelo y que hoy buscan tener a sus hijos en “La Carlotto”, como continuidad de las prácticas de un nacimiento respetuoso y amoroso. La influencia de ese referente de Moreno —y de su modelo de parto— se hizo sentir en el barrio bonaerense de Florida. Un barrio que —por cierto— forma parte de la historia de la politización de parto, dado que en él se domicilia una partera legendaria y es el lugar del nacimiento de —al menos— dos agrupaciones que —a pesar de sus diferentes derroteros y bases— incidieron en las formas de situarse e incidir en las acciones a favor del parto respetado y contra la violencia obstétrica: Dando a Luz y Maternidad Libertaria.

¿Cómo pueden pensarse estrategias públicas más amplias desde instancias personales políticas? Los desencuentros discursivos y fácticos tienen lugar tensados entre lo

íntimo-público, natural-cultural donde activismos y referentes configuran desde sus derroteros individuales territorios de intervención. La encrucijada se da en la articulación entre, por un lado los agenciamientos potencialmente productivos en términos individuales y, por otro, los agenciamientos sociales, equipamientos colectivos que esperan cierta adaptación normalizadora (Guattari y Rolnik, 1996). Tanto desde lo legal como desde el modelo de parto humanizado institucional, lo íntimo se configura como concepto universal, un prerrequisito para la libertad de movimiento y para la experiencia de poder (parir vaginalmente), así como la intervención mínima de agentes de salud en el trabajo de parto son entendidas como derechos. Pero la “intimidad” siempre es acompañada, la pregunta es por quiénes, en qué contexto o desde qué clivaje —por ejemplo, de clase— es lo íntimo un valor relativo al parto. El respeto por los tiempos “naturales” puede extremar los límites tolerables para una persona gestante, sea porque no quiere atravesar subjetivamente un largo trabajo de parto o porque tiene otras demandas que atender fuera de ese proceso “íntimo”, también atravesadas por la clase u otras intersecciones posibles, como la edad, una maternidad múltiple o un trabajo en negro. Y el placer y el poder tampoco escapan a tensiones y disputas acerca de qué experiencias asociamos a los mismos, en tanto “empoderantes”.

¿Cuáles serían entonces los dilemas de las estrategias de salud pública, aún situadas desde un modelo humanizado de atención? Por un lado, identificar parto humanizado/respetado con “parto fisiológico/natural, no-intervenido o con mínimas intervenciones”, omitir los fundamentos de clase que gestaron la Ley de parto humanizado: “intimidad”, “libertad de movimiento”, “tiempos fisiológicos y psicológicos”, “acompañamiento”, que son valores no apropiados o universalizables a toda la población, ya que omiten las representaciones y prácticas propias de la mayoría de la población que se atiende en instituciones públicas. Por otro lado, aunque los esfuerzos propugnen la garantía de los derechos, la centralidad del parto como experiencia fundante y deseada en la vida de las mujeres implica una maternalización política de las mujeres y personas gestantes; invisibilizando riesgosamente procesos de embarazos no deseados, abusos y otras vulneraciones que no asocian la finalización del parto como un evento deseado y feliz.

Si definimos a la ciudadanía como la vivencia de los derechos y la participación en el conflicto relativo a la redefinición permanente de esos derechos (Jelin, 1998) una pregunta a abordar, para hacernos hacia futuras investigaciones, sería: ¿cómo los discursos e incidencias emancipadoras pueden convertirse en nuevas normatividades?

Porque cuando hablamos de “libertad” en el campo reproductivo la referencia es a la participación en la construcción de las condiciones que rigen la elección de opciones por parte de las personas y no la posibilidad de escoger frente a lo que las otras y otros ofrecen.

Entonces nos encontramos con ciertos dilemas de las resistencias a las violencias: la idea indiferenciada de mujer sin considerar otros clivajes identitarios y experiencias diversas, representaciones de clase extrapolados y presentadas como derechos y deseos universales, la centralidad del parto como experiencia fundante en la vida de las mujeres, una consecuente maternalización política de las mujeres y personas gestantes, la performatividad de ciertas narrativas entendidas como posibles revictimizaciones, y un esencialismo de lo reproductivo.

La búsqueda y reconocimiento de estas tensiones son también una reconstrucción que permite la elaboración crítica sobre lo acontecido y restituye a las personas y a la comunidad su capacidad de confrontación, discusión y enunciación no sólo del pasado sino también de los futuros posibles.

Habiendo recorrido durante una década la temática del parto desde la antropología feminista, intentando darle visibilidad e inteligibilidad al proceso político cultural, me encuentro —una década después de haber enfatizado tanto en considerarlo un evento donde se condensan todas las violencias que pueden atravesar las mujeres en su condición— no en un lugar necesariamente opuesto pero sí entendiendo que el parto no debe ser pensado como una experiencia fundante en la vida de las mujeres. Por lo que no podemos omitir no solamente otras experiencias posibles y otras forma de transitar la vida reproductiva, si no que corremos el riesgo de victimizar a quienes no pudimos, no quisimos, no quisieron parir por fuera de las violencias. ¿Cómo resolver semejante equívoco pensado desde el derecho? Considero que la manera de transitarlo es la búsqueda de la auténtica experiencia del cuerpo deseante, desde el que tanto pugnamos en el feminismo.

Entendiendo los alcances y límites de la producción académica, así sea militante, sobre las violencias, la investigación socio antropológica, así se sitúe desde el feminismo, no está exenta de dilemas como mostrar “empoderamiento” donde el sustento son privilegios de clase, focalizar sólo “acciones heroicas” de resiliencia ante la violencia traducidas en activismos, enfatizar lo que se le hace a los cuerpos y no lo que los cuerpos hacen, invisibilizar las resistencias cotidianas desde múltiples clivajes y

descuidar la performatividad de las violencias en tanto narrativas revictimizantes.

El reproducir imágenes sobre estas formas de violencia es una tarea delicada, ya que a menudo se considera que los afectos asociados con el dolor y con el sufrimiento paralizan o disminuyen la capacidad de actuar. ¿Cómo hacemos para no revictimizar desde las mismas instancias de la elaboración teórico política? Comprendiendo que lejos de toda forma de victimización, la visibilización teórica, en la forma de publicaciones y presentaciones en congresos, opera también como diversas maneras de llamar a la acción política. En ese sentido las acciones de incidencia, la implicancia en el campo en tanto antropóloga operaron también tomando la aflicción y duelo como poderosos afectos que activan formas de memoria, de acción y de imaginación política en pos de la justicia reproductiva y horizontes utópicos libres de violencias. De este modo las memorias políticas también tienen la posibilidad de crear y establecer diversos espacios y redes afectivas potencialmente disponibles para la acción y la comunicación política en el presente, a la vez que permiten la emergencia de imaginarios y representaciones para la transformación del futuro en un sentido emancipatorio.

En ese sentido, recuperar y problematizar las formas de agencia y organización política de los movimientos de mujeres, así sea a través de relatos individuales, anclados en estructuras y redes más amplias involucraron centralmente a la producción y transmisión de memorias, al cuerpo y a los afectos. El hecho de que toda inscripción o todo lugar de emergencia de las y los sujetos sea incompleta y ambigua, es decir que no tenga significación cerrada, le da la posibilidad de resolver en la praxis la incompletitud y la ambigüedad de la inscripción. Esto posibilita que las y los sujetos se hagan cargo activamente del poder que lo produjo, constituyéndose en agentes.

Hacia una relectura crítica de los esfuerzos militantes, legales y académicos para contribuir a la eliminación de la violencia obstétrica. De alguna manera —no deliberada— nuestros esfuerzos resultan inútiles o —peor aún— revictimizantes si no consideramos la diversidad de anclajes desde donde las mujeres transitan sus experiencias reproductivas y no reproductivas. Los modelos, incluyendo el humanizado, tienden siempre a normativizar ciertas líneas de conducta e interpretación, corriendo el riesgo de dejar afuera otras experiencias posibles. Una vez construido el modelo, el protocolo respetará la norma y no a la mujer. Sea en el territorio que sea. Es así como se puede incurrir en la socialización y reproducción de un modelo cultural y sus estructuras de poder, creando así nuevos mandatos. Las tensiones y desfases de las estrategias contra la violencia obstétrica se encuentran ancladas en los límites de la representación de un colectivo y

sus necesidades por una o unas minorías que desde la incidencia legal, académica y política construyen el qué, el para qué y el cómo; proyectando desde sus valores de clase el horizonte de lo posible y lo deseable para el resto.

Se trata de la eterna lucha conceptual, existencial, política entre la razón y la emoción. La violencia obstétrica y el parto respetado así como sus respectivos performers, han gestado matrices de sentido en la relación cuerpo-emoción, pureza-contaminación que no son contradictorias sino funcionales a la perpetuación de la dicotomía naturaleza-cultura y barbarie-civilización. El feminismo, afectado por esas matrices, pero no totalmente ajeno a reproducir algunas de sus constelaciones, interviene, incomoda, subvierte aunque aún no logra una revolución de las prácticas, porque precisamente participa del supuesto más básico que es darle una entidad superior al entendimiento y la razonabilidad como motor del cambio cultural.

Los alcances de los discursos y prácticas emancipatorias encuentran el límite en los nuevos mandatos o acciones normalizadoras, así como nuevos reduccionismos que colocan al parto de forma central, no como foco de análisis para la comprensión de las violencias sino como lugar de vulnerabilidad de las mujeres donde está en juego su salud futura y la de su hijo/a.

Al proponer lecturas desde una mirada crítica, pero no ajena al compromiso de seguir aportando a la comprensión de las desinteligencias y desencuentros discursivos y fácticos de las acciones de incidencia que propugnan la erradicación de la violencia obstétrica, comprendo que es labor de la antropología de la reproducción y feminista dar cuenta de ese proceso como forma de alerta, incidencia y emancipación sexual y reproductiva de las mujeres y personas gestantes. Aún en una permanente revisión y autovigilancia epistemológica, para seguir preguntándome/nos desde qué lugares estamos hablando y a través de qué trayectorias.

Bibliografía

Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Allemandi, C. (2016). Las amas de leche y la regulación del mercado de la lactancia en la ciudad de Buenos Aires (1875-1911) *ISSN 1853-001x (en línea) Revista Mora núm. 22.* 5-24

Arenas, P., Canevari, C. y Isaac, R. (2009), *El Hospital como escuela de las profesiones de la salud, las mujeres su objeto para el aprendizaje*”, *En: 1er. Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las violencias de género*. Córdoba, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.

Anzorena, C. y Yañez, S. (2013). Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la "no-maternidad". *Investigaciones Feministas* (4). 221 - 239.

Barrancos, D. (2007). *Contrapuntos entre sexualidad y reproducción en Susana Torrado (comp) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una Historia Social del siglo XX*, SCC/Edhasa.

Benjamin, W. (2010 [1955]), *Excavar y recordar en Imágenes que piensan*, Madrid, Abada.

Bidaseca, K. y Vázquez Laba, V. (Comps.). (2011). *Feminismos y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Godot.

Blázquez Rodríguez, M.; Montes Muñoz, M.J. (2012) La reproducción en las vidas de las mujeres: aportaciones desde la antropología. *Revista Mètode*. Dossier “Dones i Ciència”, 76, 65-69.

Bobel, C. (2002). *Paradox Of Natural Mothering*. Philadelphia. Temple University Press. Retrieved December 3, 2018, from Project MUSE database.

Cavell, S. (2008) *Comentarios al artículo "Lenguaje y cuerpo. Transacciones en la construcción del dolor"*, de Veena Das. En Veena Das : sujetos del dolor, agentes de dignidad / ed. Francisco A. Ortega. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.

Carozzi, M. (2009). Una ignorancia sagrada: aprendiendo a no saber bailar tango en Buenos Aires. *Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, 29(1)*. 126-145

Castrillo, B., 2016, Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), Vol. 24*. pp. 43-68.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R.(2001) WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*. 28:202-7.

Chiarotti, S., García Jurado, M., Aucía, A. y Arminchiardi, S. (2003). *Con todo al aire*. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos. INSGENAR y CLADEM.

Ciriza, A. (2008). *Genealogías feministas y memoria: a propósito de la cuestión de la ciudadanía de mujeres en: Ciriza (comp.) Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*, Buenos Aires, Feminaria Editora, 25-57.

Citro, S. (2009) *Cuerpos significantes, Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Cohen, J. (1999), Para pensar de novo a privacidade: a autonomia, a identidade e a controversia sobre o aborto, *Debate Feminista - Cidadania a Feminismo*. Colectivo Situaciones (2003), Sobre el Militante Investigador. *Instituto Europeo para Políticas Culturales Progresivas*. <http://eipcp.net/transversal/0406/colectivosituaciones/es>

Das, V., (2008) *La antropología del dolor. En: sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogotá Colombia, ed. Francisco A. Ortega. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.

Das, V. (2008), *Trauma y testimonio. En: sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogotá, Francisco A. Ortega. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En: Tower Hollis, S. et. al., *Feminist Theory in the Study of Folklore. U. of Illinois Press*, 297-326.

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En: Tower Hollis, Susan et. al. (ed.), *Feminist Theory in the Study of Folklore. U. of Illinois Press*, 297-326.

Davis-Floyd, R., (1994), *The Rituals of American Hospital Birth. Conformity and Conflict, Readings in Cultural Anthropology, 8th ed.*, New York, David McCurdy, HarperCollins.

Davis-Floyd, R., (1994), *The Rituals of American Hospital Birth. Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology, 8th ed.*, New York, David McCurdy, HarperCollins.

Donzelot, J. (2005), *La policía de las familias*. Ediciones Nueva Visión.

Douglas, M. (2007), *Pureza y peligro, un análisis del concepto de contaminación y tabú*. Buenos Aires, Nueva Visión Ediciones.

Drovetta, R. (2012). Experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres indígenas de la puna jujeña: Un análisis intergeneracional. *Población y sociedad*, 19(2), 213-217.

Ellis, Carolyn and Bochner, Art, "Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject" (2000). Communication Faculty Publications. 91.

https://scholarcommons.usf.edu/spe_facpub/91

Esteban, M. (2004) Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC* N° 12, Junio. ISSN,1695-6494.

Espinosa Minoso, Y, y Castelli, L. (2011), *Colonialidad y dependencia en los estudios de género y sexualidad en América Latina: El caso de Argentina, Brasil, Uruguay y Chile* en Bidaseca, Karina y Vázquez Laba, Vanesa (Comps.). *Feminismos y Poscolonialidad*.

Descolonizando el feminismo desde y en América Latina, Buenos Aires, Ediciones Godot, Colección Crítica.

Fascio, A., (1999), *Metodología para el análisis del género del fenómeno legal*. En: Fascio, A. y Fries, L. (Editoras), *Género y Derecho*, Santiago, CIMA.

Felitti, K. (2010), *Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)*, Buenos Aires.

Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor, poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18.

Felitti, K. (2012). Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970: ¿un caso original en América Latina? *Estudios Demográficos y Urbanos Vol. 27, núm. 1*. 153-188.

Fernández del Castillo, I., (2006), *La Revolución del Nacimiento*, Barcelona, Granica.

Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Fornes, V. (2010). Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Buenos Aires: Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Fornes, V. (2011). Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En Karina Felitti (Coordinadora) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina (133-153)*. Buenos Aires, Ediciones Ciccus.

Fornes, V. (2010), *Entre el instinto y el derecho: Representaciones de la maternidad en la humanización del parto*. VI Jornadas de Investigación en Antropología Social, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Foucault, M. (1998 [1976]), *Historia de la Sexualidad I*, México, Siglo XXI Editores.

Geertz, C. (1983), *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. La interpretación de las culturas. Barcelona, Gedisa.

González de Chávez, M. (1999). *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*, España, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Gould, D. (2009). *Moving politics: emotion and ACT UP's fight against AIDS*, Chicago y London, University of Chicago Press.

Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D. et al (1992). A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 268(17).2420-2425.

Haraway, D. (1991), *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Harding, S. (2002), *¿Existe un método de investigación feminista? En Bartra (comp.) Debates en torno a una metodología feminista*, México, Ed. PUEG-UAM.

Hirsch, O. (2015). O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 15(2), 229-249.

Holloway, J. (2009), *Teoría Volcánica*. En: Holloway, John; Matamoros, Fernando y Tischler, Sergio. *Pensar a Contrapelo: Movimientos sociales y reflexión crítica*, México, Bajo Tierra Ediciones y Sísifo Ediciones.

Jasper, J. (1997). *The Art of Moral Protest: Culture, Biography, and Creativity in Social Movements [en línea]*, Chicago, University of Chicago Press.

Jasper, J. (1998). The Emotions of Protest: Affective and Reactive Emotions in and Around Social Movements. *Sociological Forum [en línea]*, 13, 397-424.

Jasper, J. (2011). Emotion and Social Movements, Twenty Years of Theory and Research. *Annual Review of Sociology [en línea]*, 37, 285-303.

Jasper, J. (2012). ¿De la estructura a la acción?: La teoría de los movimientos sociales después de los grandes paradigmas. *Sociológica*, 75, 7-48.

Jelin, E. (1996). *La construcción de la ciudadanía: entre la solidaridad y la responsabilidad*. Elizabeth Jelin, Eric Hershberg (comps.). *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Caracas, Nueva Sociedad, 1996.

Jelin, E. (1997). Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina. *Ágora. Cuadernos de estudios políticos, año 3, Número 7: Ciudadanía en el debate contemporáneo*. 189-214.

Jerez, C. (2015a). *Partos "humanizados", clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. (Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Jerez, C. (2015b). Clase y género en las propuestas de la "Humanización" del parto: Un análisis desde la Antropología feminista. En *Revista Zona Franca*, n° 23. Publicada por el Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres y la Maestría "Poder y Sociedad desde la Problemática del Género", de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. ISSN, 0329-8019.4

Jerez, C. y Fornes, V. (2017) *Feminismo: ¿La palabra maldita? Reflexiones antropológicas sobre retóricas (anti) feministas en las iniciativas por el parto humanizado/ respetado en Argentina*. 13° Congresso Mundos de Mulheres (MM)- Seminário Internacional Fazendo Gênero 11, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 30 de julio- 4 de agosto, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Jordan, B. (1993 [1978]), *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*, Illinois. Fourth Ed. Prospect Heights, Waveland Press.

Kitzinger, C. (1987). *The Social Construction of Lesbianism*. London. Sage.

Kitzinger, S. (2006), *Institucional power in a high-tech birth culture: How an anthropologist sees birth*, *En Birth crisis*, London. Routledge.

Lagarde, M. (1994), *Democracia genérica*, México, Ed. México y Mujeres para el Diálogo.

Levins Morales, A. (2001). *Certified Organic Intellectual*. The Latina Feminist Group, Telling to Live. Latina Feminist Testimonios, Durham/London, Duke University Press, col. Latin America Otherwise: Languages, Empires, Nations.

Linhares Barsted, L. (2003), *La CEDAW como Instrumento de Empoderamiento de las Mujeres*, Argentina, Derechos Universales Realidades Particulares. UNICEF.

Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. (2013). Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health*. Jan 14;10(1):2. doi: 10.1186/1742-4755-10-2.

Lorde, A. (1984). *Sister outsider: Essays and speeches*. Trumansburg. New York, Crossing.

Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 451-464.

Meillassoux, C. (1975), *Mujeres, graneros y capitales*. Siglo XXI.

Merino, L. y Fornes, V. (2008), *Gestar y parir espacios de género. Un abordaje cultural sobre la palabra, la experiencia y el poder en los modelos de parto*. Buenos Aires, Trabajo final del curso de posgrado Construcción de proyectos en Ciencias Sociales. Investigación cualitativa, Acción social y Gestión cultural., CAICYT-CONICET.

Miranda, Marisa Adriana (2005) Matrimonio y procreación en la ortodoxia eugénica argentina (En línea). *Sociohistórica*, (17-18) : 151-178. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3600/pr.3600.pdf

Muñoz, J. (2009). *Queer as Horizon: Utopian Hermeneutics in the Face of Gay Pragmatism*. En *Cruising Utopia. The Then and There of Queer Futurity* (19-32). New York, New York University Press.

Nari, M. (2004), *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires (1890-1940)*. Buenos Aires, Biblos.

Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública*. 26(4),368–76

OMS, (1985).Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. Traducción ACPAM. *Lancet* 2, 436-437.

Peralta Ramos, A. (1920), *Progresos de la obstetricia conservadora*. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, año IV, N°5 septiembre-octubre.

Rich, A. (1986 [1976]) *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Valencia, Ediciones Cátedra.

Rodrigáñez Bustos, C., 2010, *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, Madreselva, Buenos Aires.

Rosaldo, M. (2011 [1984]) *Toward an anthropology of self and feeling*. En Shweder, Richard y LeVine, Robert (eds), *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*, Cambridge, Cambridge University Press.137-157.

Sadler, M. (2001). *El Nacimiento como Acontecimiento Médico*. *Werkén N°2, Universidad de Chile – Departamento de Antropología. Lom Ediciones. Santiago de Chile*, 113-124.

Sánchez Benítez, N. (2016). *La experiencia de la maternidad en mujeres feministas*. *Nómadas 44*. Universidad Central. Colombia. 255-267.

Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropologie Quarterly* 1, 6-41.

Scott, J. (2000), *Los dominados y el arte de la resistencia*, México, Era.

Scott, J. (2001). Experiencia. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*. Vol. 2, Núm. 13. 42-73.

Segato, R. (2003), *La Argamasa Jerárquica: Violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del Derecho*, Brasilia, Serie Antropología 332.

Souza, M. (2006). A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. *Seminário Internacional Fazendo Gênero VII*, 1-7. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.

Tabubush, C. y Caminotti, M. (2016). Emociones en movimiento: Milagro Sala, la militante iracunda del norte argentino. *Revista Mora*, Buenos Aires; vol. 22. 15 - 31

Tarducci, M. (2008), *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Espacio.

Tarducci, M. (2010), La profesora feminista como agente de transformación. En Espinosa Miñoso (coord) *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano*. Buenos Aires, En la Frontera.

Tarducci, M. (2014), *Hitos de la militancia lesbofeminista de Buenos Aires (1984-1995). Feminismo, lesbianismo y maternidad en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Librería de Mujeres Editoras.

Tarducci, M. y Daich, D. (2011). La pasión no se enseña pero ayuda a enseñar. Transmitiendo el oficio de investigar con perspectiva de género. *Revista Interamericana de Estudios Feministas*, (1).

Taylor, J. (2011). The Intimate Insider: Negotiating the Ethics of Friendship When Doing Insider Research. *Qualitative Research* 11(1). 03–22.

Tomasso, G., Althabe, F., Cafferata, M. Alemán, A., Sosa, C. y Belizán, J. (2002). Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. Venezuela. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 62 (2): 115-121.

Tornquist, C. (2001). Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos feministas* (10), 2.

Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de moebio* (57), 285-295.

Trebisacce, C., Tabush, C., Keller, V. y Díaz, C. (2016), *Matrimonio igualitario, identidad de género y disputas por el derecho al aborto en Argentina. La política sexual durante el kirchnerismo (2003-2015)*, Buenos Aires.

Turner, V. (1988 [1969]). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid, Taurus.

Videla, M. y Grieco, A. (1993), *Parir y nacer en el hospital*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Yañez, S. (2017). Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia. El legado de Adrienne Rich. *La manzana de la discordia, julio*, Vol. 12, No. 1. 61-76.

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European journal of women's studies*, 13(3), 193-209.

Documentos

CEDAW, Naciones Unidas (1975, 2007). CEDAW: States parties. Sitio web de Tratados de Naciones Unidas, <http://treaties.un.org>

CDN, Naciones Unidas (1989) Convención sobre los derechos del niño.. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www2.ohchr.org>

Ley Nacional N°25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Página del Consejo Nacional de laMujer, <http://www.cnm.gov.ar/>

Ley Nacional N°26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Art. 6, inc. e) Violencia obstétrica. <http://www.cnm.gov.ar/> Página del Consejo Nacional de las Mujeres.

Ley de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Airesl N° 1040 <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1040.html>

Encuesta Perinatal (2008) . Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

DECRETO 2035/2015 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) Apruébase la reglamentación de la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado. Del: 24/09/2015; Boletín Oficial 01/10/2015.

Informe Asamblea General de la ONU (2012) Sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el ámbito de la salud,
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

Test de Violencia Obstétrica

<http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>