

Daniela Grand

**Brujas, nacimientos y ciudadanía. Pariendo derechos en
Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco.**

Trabajo Final Integrador (TFI)

Especialización en Educación en Géneros y Sexualidades

(Cohorte 2016-2018)

Secretaría de Posgrado de la Facultad de Humanidades

Universidad Nacional del Nordeste – UNLP-

Orientadora: Mariana Smaldone

Presidencia Roque Sáenz Peña

2020

RESUMEN

En el presente trabajo me he propuesto analizar el vínculo existente entre mujeres y salud, debido a mi formación profesional como médica pediatra, además de mi actual función como integrante de un equipo judicial interdisciplinario. Así como el complejo contacto de las mujeres con el sistema de salud formal por mí observado a lo largo de mi trayectoria durante el período de especialización médica (2003-2009). Tomaré como referencia la temática del parto respetado, doctrina científica que reconoce la ciudadanía de las personas gestantes en su derecho a que se respete la fisiología del parto (sus tiempos y etapas), sus deseos y necesidades (a estar acompañada por alguna persona de su confianza, a recibir información precisa y a decidir en consecuencia entre los tratamientos disponibles), los derechos del bebé a permanecer junto a su madre todo el tiempo. Por supuesto siempre y cuando no se presentasen situaciones de complicaciones que requieran otro abordaje de intervención profesional. Reglamentado en la Ley nacional N°25.929, y en la adhesión chaqueña mediante la Ley provincial N°7.555.

Para ello, indagaré las representaciones sociales de la figura actual de la obstétrica o partera y sus significaciones en el imaginario de mujeres profesionales –obstétricxs, ginecólogxs, enfermerxs– usuarias del servicio de salud pública de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco. Explorando el paradigma de salud sobre el que trabajan dichxs profesionales, y el abordaje sanitario al respecto, tomando como referencia el marco legal vigente del Parto Respetado –Ley nacional N°25.929–. Otra figura destacada en esta perspectiva de atención la constituye la doula, su rol consiste en proveer a la mujer embarazada una preparación adecuada para el parto, técnicas y estrategias que la guíen y le brinden apoyo en el proceso de embarazo, parto y puerperio o amamantamiento. También en el espacio institucional, su tarea consiste en trabajar en equipo con el personal de enfermería, de modo que se promueva y facilite la comunicación entre la persona gestante y lxs profesionales de la salud. Sin embargo, en esta comunidad, este oficio no se encuentra muy difundido en tanto alternativa terapéutica de abordaje del parto y puerperio respetados.

Palabras Claves: Parto Respetado, Obstetras, Parteras, Doulas, ciudadanía, Presidencia Roque Sáenz Peña.

ÍNDICE

Agradecimientos

- 1) Introducción.....Pág. 5
- 2) Acerca de brujas y comadronas: un poco de historia.....Pág. 14
- 3) Parir...entre la bendición y la maldición de las deidades. Diferentes perspectivas de abordaje e intervención profesional.....Pág. 18
- 4) “Madre”: ¿Hay una sola? Heterosexualidad obligatoria y familias diversas... Pág. 24
- 5) Recuperando saberes ancestrales. Pariendo derechos..... Pág. 30
- 6) Descripción del trabajo realizado.....Pág. 31
- 7) Conclusiones y propuestas..... Pág. 50
- 8) Referencias bibliográficas.....Pág. 55
- 9) Anexo: Entrevistas.....Pág. 62

AGRADECIMIENTOS

A mis tres hadas: Guillermina, Morena y Renata, para que cuando desplieguen sus alas sepan que el cielo no tiene límite para sus sueños y aspiraciones.

A Ariel, mi amado compañero de vida, por su paciencia y aguante en este transcurrir académico, y por acompañarme siempre...en las buenas, en las malas y en las malísimas también.

A las mujeres de mi familia, que me enseñaron la magia de las cosas cotidianas, y el conjuro que la fortaleza y la ternura representan ante cualquier coyuntura, especialmente a mis abuelas Tita y Corina.

A mi hermana Lucía, mi bruja preferida, cuyo poder y energía son infinitos.

A mi prima Araceli y a mi madrina Alicia, por sus hechizos de amor que transforman y sostienen la vida.

A mi tío Daniel, por los mates, debates, techo y comida en mis viajes a clases.

A mis amigas: Ale, Dani, Mara, Luz, las Adris, y las zumberas Nori, Maga, Pitu, Marie, Gladis, Chely, Lucy y Silvia, por los fantásticos aquelarres juntas.

A mis queridos viejis: Carmen y Andrés, sencillamente por todo.

(1) INTRODUCCIÓN

La cuestión del parto, la consecuente maternidad, y los aspectos inherentes a la conformación familiar tradicional –padre, madre, hijxs-¹ han sido históricamente abordados y aprehendidos desde una mirada de salud biologicista y reduccionista. Si bien antiguamente el partear era un oficio femenino, que se transmitía generacionalmente, con la industrialización y bajo el imperio del paradigma científico, se profesionalizó esta cuestión sanitaria bajo el dominio masculino a través de la figura de los médicos ginecólogos u obstetras. La figura actual de la obstétrica, el nuevo paradigma de abordaje de los nacimientos bajo la ley de Parto Respetado, y el reconocimiento de derechos civiles a personas disidentes sexuales, interpelan la manera de parir y los modelos familiares vinculados, y surgen como posibles escenarios de resistencia al *status quo* sanitario hegemónico.

Mi interés consiste en contribuir a la deconstrucción genérica de la asociación “mujer-madre” y sus implicancias socioculturales, dentro de éstas, puntualmente el ejercicio de la ciudadanía mediante el concepto del Parto Respetado y la figura de la obstétrica y la doula. A su vez, reivindicar el derecho de cada persona gestante de decidir de manera autónoma e informada el abordaje sanitario de su proceso de parto, también desde un lugar de ciudadanía plena. Ya que estas dimensiones de análisis forman parte de la doctrina de Derechos Sexuales y Reproductivos, recientemente reconocidos por organismos internacionales en materia de Derechos Humanos, ya no sólo de las mujeres sino de aquellas personas gestantes que se identifican con la diversidad sexual. Estas categorías – “familia tradicional”, “embarazo”, “parto”, “mater/paternidad”- representan, sin embargo, el sostenido y aún vigente subyugamiento y opresión del cuerpo de las mujeres por parte de un poder social y cultural patriarcal que le niega voz y decisión. El debate actual en nuestro

¹Desde la filosofía del lenguaje se afirma que el mismo, junto con el pensamiento humano constituyen formas de reflejar la realidad. El uso que se haga del lenguaje traduce y proyecta estereotipos sociales aprendidos, que responden a modelos culturales androcéntricos. Los cuales privilegian la mirada masculina como universal, legítima y generalizable a toda la humanidad. Por ello elijo y utilizo el lenguaje inclusivo, mediante la incorporación de las letras “x”, “e” y el signo “@”, como una opción política para hacer visibles otras identidades y sentidos de pertenencia humanas: mujeres, varones, niños, niñas y jóvenes *cis* y *trans*. Para contribuir con ello a la construcción de otro sistema de valores, reconociendo, aceptando y validando otras cosmovisiones y representaciones del mundo.

país por el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo emerge como un legítimo reclamo local en esta línea política y argumentativa.

Para ello, he realizado un trabajo de investigación cualitativo, basado en el análisis de la bibliografía existente en la temática, como así también en la realización de encuestas semidirigidas escritas, para indagar las representaciones sociales actuales respecto de la figura de la Obstétrica o Partera, y el concepto de Parto Respetado –reconocido en la provincia bajo la ley N°7555- en la Sala de Maternidad del hospital público de Presidencia. Roque Sáenz Peña, Chaco, donde se desempeñan formalmente como profesionales auxiliares de la medicina. Se administraron las mismas a obstétricxs de dicho nosocomio, profesionales médicxs, enfermerxs y usarixs del Servicio de Ginecología y Obstetricia del mismo lugar; y a dos doulas que han ejercido esta función tiempo atrás pero no al presente. Cabe señalar que el trabajo se basa en el parto institucional, hospitalario, ya que lxs profesionales sanitarixs responden a los lineamientos dados en el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia de UNICEF, que constituye un paradigma de atención perinatal con enfoque intercultural. Ya que consideran al parto domiciliario como un factor de riesgo de importancia.² Este es un tópico controversial, ya que existen argumentaciones contrapuestas al respecto.

Por un lado, las disciplinas médicas de Ginecología y Obstetricia y la de Pediatría se han manifestado a favor del parto institucional, alegando que el mismo al realizarse en un lugar seguro como una institución, ya sea maternidad, clínica u hospital, disminuye significativamente los riesgos de morir de la madre y el niño. Lo cual representa una mejora en las condiciones de seguridad materno-fetal. Se basan en estadísticas oficiales al referir que Argentina redujo notablemente la cantidad de muertes maternas, fetales y neonatales cuando los partos se comenzaron a realizar en las instituciones. Y destacan que hoy en día

²Este modelo fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. Incorporándolo el Hospital “4 de Junio Ramón Carrillo” en el año 2012. Tiene como eje fundacional una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.

más del 99% de los nacimientos en la Argentina se realizan dentro de las instituciones, al igual que en los países “desarrollados”.³

Por otro lado, parteras independientes, se han expresado a favor del derecho de las mujeres y parteras de parir y trabajar libremente. Aseguran que las complicaciones de los nacimientos domiciliarios son bajas en manos profesionales, que tienen un menor registro de requerimientos de cesáreas, que más del ochenta por ciento de los problemas que podrían surgir en el parto se diagnostican en los controles de embarazo y que en los últimos años se triplicó la demanda del parto en casa en la Ciudad de Buenos Aires por percibir las mujeres gestantes manifestaciones de violencia obstétrica institucional.

Desde una posición relativamente conciliadora, autoridades sanitarias consultadas por medios periodísticos, destacan la labor y el trato dispensado por parteras independientes, no obstante señalar que ante la imprevisibilidad de algunas complicaciones perinatales -enfaticadas por las disciplinas de salud formal-, se precisan de dispositivos de asistencia inmediata o traslados sanitarios urgentes y especializados a centros asistenciales que no siempre están disponibles -se debe contar con un hospital a menos de 10 cuadras en ciudades como Buenos Aires-, por lo cual, lo más seguro sigue siendo la institucionalización del parto. Hasta tanto se disponga de tales dispositivos de actuación en emergencias.⁴

En cuanto a la metodología de investigación, recurriré a la epistemología feminista, apostando a asumir una perspectiva de género en el análisis y comprensión de la realidad, o bien, mediante la reformulación completa de los procesos de investigación, según lo señalado por Biglia, Bárbara y Vergés-Bosch, Núria (2016). Acorde con los objetivos

³Documento de Parto Domiciliario de SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires) y Adhesión al mismo por parte de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Recuperados de: <http://www.sogiba.org.ar/index.php/component/content/article?id=240> y <https://www.sap.org.ar/novedades/144/parto-domiciliario-adhesion-sap-al-documento-sogiba.html>, respectivamente. Consultados ambos el 28 de enero de 2020. En cuanto a la noción de países “desarrollados”, cabe mencionar que es un concepto de ideología capitalista. Para su cálculo se toma en cuenta la medida del Índice de Desarrollo Humano, creado por las Naciones Unidas, que consta de tres variables basadas fundamentalmente en aspectos financieros y económicos –esperanza de vida al nacer, nivel de alfabetización y matriculación escolar y Producto Bruto Interno per cápita-, soslayando otros aspectos fundamentales socioculturales e históricos. Por lo cual es un concepto que se encuentra en constante debate.

⁴Artículo periodístico de Fabiola Czubaj: “Parto domiciliario: cruces por los riesgos de dar a luz fuera del hospital”. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/parto-domiciliario-cruces-por-los-riesgos-de-dar-a-luz-fuera-del-hospital-nid1792037> Consultado el 29 de enero de 2020.

propuestos, la valoración de la experiencia individual y colectiva como fuente de información válida, la contextualización necesaria para abordar situaciones complejas como procesos vitales, así como el análisis crítico de las distintas fuentes bibliográficas consultadas.

Las desigualdades sociales vigentes en nuestra región son una realidad alarmante que precisa ser visibilizada, investigada y analizada, por lo cual la producción de conocimiento resultante debe necesariamente contribuir a transformar las relaciones sociales que sostienen la inequidad. En la búsqueda de alternativas de acción que reduzcan las discriminaciones y propicien la igualdad de oportunidades y una convivencia social saludable, en el ejercicio de la toma de decisiones de las personas gestantes sobre sus cuerpos y los procesos que en éste se desarrollan, desde una ciudadanía que reconozca y reivindique su derecho a elegir cómo transcurrir el proceso de gestación y parto.

En coincidencia con Eli Bartra (1998), se concluye que la investigación feminista recurre a diversas vías para entender la realidad: la intuición, la autoridad externa, la razón. Da cuenta de que no existe un método exclusivo, en función del género, para crear conocimiento. Por ello se la define como contextual, experiencial, multimetodológica, no replicable y comprometida, asumiendo una posición claramente política que privilegia las perspectivas subalternas.

Desde esta perspectiva, mediante la triangulación y entrecruzamiento de las variables de género, sexualidades, clase, etnia-raza, entre otros operadores epistemológicos, procederé al análisis de la información y datos recabados.

Como referencial teórico recurriré a las conceptualizaciones de diversas autoras: “género” como categoría de abordaje, siguiendo a Johan Wallach Scott (1990). También tomo lo aportado por Judith Butler (1993), puntualmente en lo referido a la construcción performativa del mismo, y a la reivindicación de lxs sujetxs abyectxs. De la historiografía realizada en cuanto al vínculo de la mujer con la salud, y su consecuente representación social como “bruja”, destaco a Silvia Frederici (2014) y a la dupla Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (1973). En cuanto al Parto Respetado o Humanizado recurriré a Frédérick Leboyer (1976), Michel Odent (2011), Casilda Rodríguez Bustos (2016), y a la normativa

legal vigente. De Carol Gilligan (1982) tomaré su aporte respecto de la ética del cuidado. En cuanto a los estereotipos y generización de los roles sociales, recurriré a Simone De Beauvoir (2012) y a Marcela Lagarde y de los Ríos (2005). En cuanto al mandato de “maternidad obligatoria” y “heteronorma”, me basaré en lo señalado por Adrienne Rich (1996) y Monique Wittig (1977). De Carol Pateman (1988), analizo su lectura respecto del contrato social/sexual. De Rita Segato (2015), tomo su mirada antropológica de la cuestión de género asociada a lo étnico/racial. De Silvia Rivera Cusicanqui (2010), tomo su aporte antropológico de prácticas de descolonización, tanto a nivel individual como colectivo, como estrategia de resistencia y reivindicación de lo originario, aspecto fundamental en nuestra región.

Mi objetivo general consiste en conocer las representaciones sociales actuales en torno a las figuras de la obstétrica y al concepto de parto respetado en profesionales y usuarias del hospital público de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco. Para responderlo, me cuestiono lo siguiente: ¿Qué tipo de información tienen las usuarias del nosocomio local y lxs profesionales de dicho espacio, respecto del marco legal vigente en lo relativo al parto respetado? ¿Dicha información de dónde proviene? ¿Ha influido en sus decisiones respecto del abordaje del embarazo, parto y amamantamiento? ¿Es posible incorporar en el medio local la figura de las doulas como otras actoras en la atención del proceso de embarazo, parto y amamantamiento? ¿Qué aspectos surgen como debilidades y cuáles otros como ventajas en cuanto al abordaje sanitario desde el concepto de parto respetado en el nosocomio local?

La vivencia del parto en la vida de las mujeres deja una impronta indeleble en su cuerpo y en su subjetividad, de manera tal de que ya nunca será la misma. Por ser una experiencia eminentemente “femenina”, las teóricas feministas han estudiado y analizado este fenómeno con el objeto de develar los constructos sociohistóricos y culturales que se han tejido a su alrededor, y que han aportado al status quo social actual, contribuyendo a sostener las bases del sistema *cisheteropatriarcal* capitalista global del que nuestra región forma parte.

Durante mi formación de pre y posgrado como médica pediatra, he advertido, con indignación, la situación de sometimiento e indiferencia -cuando no de maltrato manifiesto-

en la que se ha ubicado históricamente a las mujeres desde la medicina positivista hegemónica.⁵ Disciplina que no sólo las ha relegado al rol de pareja complementaria del “Hombre”, en base a los estudios fisiológicos, farmacológicos, terapéuticos, etc. que se calculan a partir de un supuesto ideal masculino –esto es “el” hombre blanco, edad adulta, clase media, delgado: 70 kg, talla media: 1,75 metros de estatura, con buen estado general de salud, el cual se asume obviamente heterosexual y padre de familia, de buena posición económica-. Sino que, además, se ha apropiado de sus procesos fisiológicos naturales: parto, puerperio, amamantamiento, menopausia, ciclos menstruales, entre otros. Enmarcándolos en términos binarios de Salud versus Enfermedad, y agrupándolos en base a patrones de funcionalidad orgánica que sostienen el privilegio masculino, en consonancia con la lógica económica de acumulación capitalista (Silvia Federici, 2014).

A la luz de los últimos avances en términos legislativos producidos en los últimos doce años en nuestro país, se perciben y se sostienen cambios en paradigmas socioculturales⁶ de reconocimientos de derechos y ampliación de ciudadanía de colectivos sociales minoritarios. Pudiendo señalar leyes de avanzada tales como: la Ley de Matrimonio Igualitario (2010), Ley de Identidad de Género (2012), Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (2005), Ley de Salud Mental (2010), Ley de Derechos de Usuarios del Servicio de Salud Pública (2009), Ley de Parto Humanizado o Respetado (2004), Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en los que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2010), entre otras. Cabe mencionar que estos cambios emergen en un

⁵El paradigma positivista científico se funda en las explicaciones del mundo que realizan autores como Isaac Newton (1642-1797), para quien los procesos de la realidad, y por lo tanto de la configuración del universo eran lineales, mecánicos, caracterizados por la repetición y la predictibilidad. La Medicina se ha ido configurando históricamente sobre esta epistemología. Con representaciones del cuerpo biológico como objeto de estudio específico. La Salud y la Enfermedad son entendidas en términos lineales, como un par de opuestos, desde donde se instituye la práctica profesional, con sus atributos de objetividad, a partir de datos concretos, tangibles, medibles, desestimando todo conocimiento abstracto y metafísico (Eduardo Menéndez, 1988).

⁶Tomo el concepto de Thomas Kuhn (1922-1996), que lo definió como un sistema de creencias compartidas por la comunidad científica -en el área de las ciencias naturales-, los valores comunes, las formas como se operacionalizan en un momento histórico determinado. Desde la interpretación de las ciencias sociales, el paradigma deriva de una cosmovisión, es decir, de la manera como un grupo humano entiende la vida misma, es decir, su realidad. Esa cosmovisión lleva a definir cómo actuar en consecuencia, lo cual determina un modelo de acción dominante o hegemónico, que a su vez depende del contexto cultural e histórico que atraviesa dicha comunidad.

contexto regional latinoamericano de gobiernos progresistas y “populistas”,⁷ en el marco del proyecto político compartido por algunos países –Argentina, Bolivia, Venezuela, Brasil, Ecuador- denominado Patria Grande.⁸ No siendo menor el dato de que en ese momento tres mujeres ejercían la presidencia en tres de los principales países de la región: el gran Brasil a cargo de Dilma Rousseff, el creciente y mesurado Chile en manos de Michelle Bachelet, y nuestra insurgente Argentina de la mano de Cristina Fernández. Si bien ellas no se han reconocido públicamente como pertenecientes al colectivo feminista, sí han coincidido y acompañado reclamos realizados por movimientos sociales de mujeres, y también se han identificado con observaciones y prácticas desde su gestión coincidentes con perspectivas situadas en la interseccionalidad de categorías sociales (género, raza/etnia, clase social, sexualidades, edad, entre otras) que señalan lxs teóricxs de la decolonialidad (Segato Rita, 2015; Rivera Cusicanqui Silvia, 2010; Lugones María, 2011).

En la actualidad, los gobiernos conservadores y de derecha han escalado a los estratos de poder, tanto a nivel mundial como regional, percibiéndose un clima de hostilidad, rechazo y temor a lo diferente. Desde un discurso político legitimado por la religión; que sostiene la hegemonía heteronormativa patriarcal funcional al orden capitalista y neoliberal que demoniza y persigue –e incluso aniquila- a aquellxs que no encuadran dentro de los parámetros jerárquicos de status social delimitados por el modelo de humanidad aceptado: el “Hombre” como unidad del género humanx, de raza blanca, educado, sano, de clase media o acomodada, adulto, delgado, heterosexual y de oficio prestigioso.

⁷De las diversas interpretaciones explicativas del término, tomo la de Joaquín Alberto Aldao y Nicolás Javier Damin (2013: 157-158), quienes lo asimilan a un gobierno de alianza entre una facción de la clase dominante –la burguesía- y los sectores populares –sobre todo los trabajadores-, que se produce en un contexto de “crisis de hegemonía”. La participación activa y autónoma de un movimiento obrero que actúa racionalmente desestima el cuadro propio de la teoría clásica, de las masas actuando de manera irracional bajo el encanto de un líder carismático. Estudios coyunturalistas, desde los años ochenta, aportan argumentos teóricos que ponen el eje en el movimiento obrero y su relación con el Estado. Dichos autores, destacan la propuesta de Omar Acha (2013), quien da cuenta de una afinidad positiva entre la democracia de masas, populismos y una extendida vida asociativa que contribuye a pensar ciertos rasgos antiliberales de estas experiencias latinoamericanas.

⁸La referencia al proyecto político bolivariano y sanmartiniano de creación de una unidad política que agrupara todos los territorios que habían formado parte del imperio español en América. Esta idea fue retomada posteriormente por pensadores latinoamericanos, siendo el escritor Manuel Ugarte (1875-1951) una de sus principales figuras.

La ley de Parto Respetado constituye, entonces, un bastión de resistencia al disciplinamiento del principal discurso institucional utilizado para legitimar la desigualdad social en función de la diferencia sexual: esto es el discurso médico hegemónico ordenador binario.

Siendo dicha ley, la principal herramienta de deconstrucción⁹ de los mandatos y estereotipos sexogénicos que funcionan como tecnología de género, organizando y clasificando actitudes y comportamientos humanos en base a jerarquías sociales basadas en desigualdades en función del sexo y sus “naturales” roles y desempeños.

Y es a la vez, un dispositivo de empoderamiento que recoge otras voces y saberes ancestrales acallados, bajo el ejercicio de la ciudadanía de lxs actorxs involucradxs: quien pare, quien acompaña y quien llega y es recibidx en este mundo... un poco más igualitario luego de este pasaje.

En Argentina, la ley N°25929, fue sancionada en 2004 y reglamentada en 2015, momento en el cual la provincia del Chaco adhiere a la misma. Es de destacar la situación geopolítica pluricultural y diversa de esta provincia, la cual –al igual que la mayoría de las jurisdicciones provinciales del norte y el sur del país- cuenta con un gran porcentaje de población originaria, lo cual, sumado a las condiciones de escaso desarrollo industrial, convergen en un panorama situacional de vulneración de derechos como acceso a salud, educación, servicios públicos básicos, trabajo digno, entre otros. Estas limitaciones en cuanto calidad de vida son particularmente manifiestas en grupos sociales expuestos como pueblos originarios, mujeres –sobre todo las de sectores populares, niñas o adolescentes, analfabetas¹⁰ o residentes en zonas rurales alejadas de los centros urbanos– y personas disidentes sexuales.

⁹Este concepto filosófico alude a la adopción de una actitud crítica frente los métodos empleados para interpretar los textos literarios. Se trata de una traducción propuesta por Jaques Derrida (1930-2004) al alemán *Destruktion* de Heidegger. Este proceso exige la fragmentación de textos –y conceptos- para detectar los fenómenos marginales, reprimidos por un discurso hegemónico. Se destaca su dimensión política, que es la lucha contra todas las instancias que centralizan el poder y excluyen la contradicción.

¹⁰Según las últimas estadísticas oficiales del Censo poblacional 2010 realizado en nuestro país, si bien bajó el índice de analfabetismo, Chaco sigue siendo la provincia con más analfabetxs, con una tasa del 5,5% del total de habitantes, según lo registrado en periódicos regionales. Recuperado de: Diario La Nación, 02-09-11 <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hay-100-mujeres-por-cada-95-hombres-nid1402693> y DW

¿Cómo se partea entonces actualmente en Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco? ¿Ha incidido el abordaje sanitario del parto respetado en lo relativo al concepto de ciudadanía, tanto en usuarias como en profesionales de la salud? ¿Qué obstáculos interfieren en el pleno ejercicio de derechos de las usuarias del servicio público obstétrico? ¿Qué obstáculos interfieren en la adopción de este abordaje sanitario en lxs profesionales de salud? Al respecto, he tomado como referencia el trabajo de las autoras Ana Laura Martín (2018), Ianina Lois (2018) e Hilda Argüello-Avenidaño y Ana Mateo González (2014), quienes aportan una interesante historización respecto del proceso de parir y partear tanto en términos generales, como en Buenos Aires puntualmente, así como una sistematización de los cambios en el discurso de los organismos internacionales en materia de salud reproductiva. Siendo escasa la producción académica en la temática, referida a la situación del nordeste argentino.

Para ello, en el presente trabajo me he propuesto analizar la situación actual sanitaria del abordaje del parto en las personas gestantes que se atienden en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital público de Presidencia Roque Sáenz Peña, la opinión de profesionales que allí trabajan, así como la de dos doulas que ya no ejercen su función; a la luz de la vigencia de la ley de Parto Respetado. Indagando y recuperando las representaciones sociales de la figura de las obstétricas o parteras formales, las comadronas o parteras informales y la mencionada doula. Así como también respecto de las prácticas y saberes femeninos recuperados y transformados bajo el paradigma actual de respeto y reivindicación de las maternidades y familias diversas: varones trans, familias homoparentales, familias monoparentales por elección, coparentalidad, maternidades múltiples.

Este trabajo de investigación tiene la intención de contribuir a problematizar la situación del parto, como una herramienta más para deconstruir la idea de “parto-maternidad-mujer-madre” desde una mirada de género no binario.

(2) ACERCA DE BRUJAS Y COMADRONAS: UN POCO DE HISTORIA

Coincidiendo con las apreciaciones de las autoras Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (1973), desde el inicio de la humanidad en la Tierra, la mujer estuvo asociada a la función de cuidado y, por lo tanto, a la sanación y a la salud. La historia de Occidente¹¹ da cuenta de la toma de poder masculinizado en el campo de la salud, por parte de la moderna tecnología científica, que afianzó su supremacía a través de la profesionalización de la medicina en manos de los médicos varones, desplazando la presencia femenina.

Mediante el despliegue de un proceso de demonización, persecución y eliminación de las “brujas”, quienes en su mayoría se desempeñaban como sanadoras no profesionales al servicio de las clases populares: eran curanderas y parteras. Este proceso –la caza de brujas– tuvo su mayor impacto en la Edad Media, a través de la Inquisición en Europa.¹² Siendo sus pilares principales la Iglesia católica y el Estado.

La pensadora feminista Silvia Federici (2012) desde el enfoque del materialismo histórico¹³ y desde una posición marxista, ha argumentado la estrecha relación existente entre la formación del Estado moderno, el feudalismo y posteriormente el capitalismo, mediante la utilización de métodos violentos extremos de imposición como la expropiación de las tierras comunitarias campesinas, la conquista y la apropiación de las riquezas y tierras en América, el comercio de esclavos a escala mundial, y el exterminio de otras formas de vida y cultura populares, siendo las mujeres su principal objetivo de control.

¹¹ Con respecto al término “Occidente”, en dualidad con “Oriente”, desde los estudios pos(t)coloniales, se lo considera como un concepto articulador de la denominación y construcción colonialista y eurocentrada que define lo occidental en contraposición a lo oriental y, por lo tanto, poseedor de una cultura más avanzada en términos de libertad e igualdad social. Lo cual es sumamente controversial. Se hará más extensiva la argumentación al respecto, en Nota al Pie N°17.

¹² La Santa Inquisición fue un proceso institucional religioso cristiano, de detección y erradicación de cualquier forma de herejía y manifestación no cristiana. Combatió también las manifestaciones de judaísmo, y en general cualquier comportamiento que considerase inmoral. Se desarrolló en Europa –luego también en América– durante la edad Media y parte de la Edad Moderna, período aproximado: años 1100-1600.

¹³ Se refiere a la doctrina de Karl Marx (1818-1883) y Friedrich Engels (1820-1895) según la cual los cambios históricos y culturales en una sociedad son resultado de las condiciones materiales de la vida y la lucha de clases. Es la aplicación consecuente de los principios del materialismo dialéctico al estudio de los fenómenos sociales. Federici se diferencia de las autoras nombradas anteriormente –Ehrenreich y English– ya que se enfoca en los modos de producción, reproducción y de acumulación de capital, que son la base de la dominación y explotación histórica de las mujeres. Las otras escritoras se enfocan en la historiografía y genealogía de las mujeres como sanadoras y en su vínculo con el proceso vital.

Federici señala que el proceso de acumulación primitiva desarrollado por Marx soslaya un aspecto fundamental en los cambios establecidos en las relaciones sociales a partir de la implantación del poder feudal, el capitalismo y la conquista de América. La autora se centra en las formas de resistencia populares a estos proyectos de expropiación social, describiendo a la quema de brujas como la principal modalidad de disciplinamiento y control social dirigida hacia el cuerpo, los saberes y el rol de las mujeres en la sociedad. Al terreno clásico de la lucha de clases, le suma la cuestión de la desigualdad asociada al género.

La persecución de las “brujas” tuvo como objetivo básico el control de la reproducción y crecimiento poblacional, que hasta ese momento era ejercido por el control de la natalidad a cargo de las mujeres. Se impusieron entonces estrictas y severas sanciones a la anticoncepción, el aborto y el infanticidio, y se demonizó la sexualidad no procreativa. Se construyó así un nuevo orden patriarcal que delimitó una nueva división sexual del trabajo, subsumiendo el trabajo doméstico –a cargo de las mujeres de la familia– a la reproducción de la fuerza del trabajo masculino. Sin reconocerse por tanto su aporte a la economía capitalista –a la plusvalía en concreto–, bajo la premisa de la “natural” disposición femenina a la dispensa de cuidados, y bajo los estereotipos femeninos burgueses de madre abnegada y esposa obediente y servil.¹⁴

En América, las religiones precolombinas daban cuenta de la posición de poder de las deidades femeninas, la cual, con el arribo de los conquistadores españoles, fue degradada en base a las creencias misóginas, y a la lógica de poder económico y social de supremacía política masculina, mediante la ganancia material individual en detrimento de la acumulación colectiva propia de los pueblos originarios. Esta situación de transformación del sistema social dual, basado en la complementariedad de los roles y funciones de varones y mujeres originarios –que la antropóloga feminista Rita Segato (2015) denomina “patriarcado de baja intensidad”–, bajo la influencia del nuevo sistema social colonial

¹⁴El análisis de dicho constructo tiene como antecedente la filosofía de Simone de Beauvoir y de otra de sus discípulas, como la pensadora feminista Christine Delphy (Smaldone, 2014).

binario de jerarquía masculina, sentó las bases de la estructura social actual de implementación de poder, que nomina como “patriarcado de alta intensidad”.¹⁵

Mientras, en Europa, la Iglesia, confecciona la guía *Maleficarum Malleus* o “Martillo de Brujas” que era el libro seguido por los inquisidores, tanto católicos como protestantes, para cumplimentar las instrucciones y procedimientos judiciales en caso de denuncia de brujería. Y el Estado, a través del juez o vicario, legitimaba las actuaciones dadas en el proceso; junto al experto médico, a quien se recurría en caso de dudas respecto del origen mágico de ciertos males atribuidos a las acusadas.

La persecución de las brujas reviste entonces tres dimensiones que hacen foco en su condición de género: eran mujeres sabias o sanadoras, con conocimientos empíricos heredados de otras mujeres, formaban parte de la clase campesina popular, y supuestamente pertenecían a movimientos insurgentes que podían representar una amenaza al orden feudal y patriarcal establecido.

En dichas latitudes, poco antes del inicio de la caza de brujas, la medicina comenzó a afianzarse como ciencia laica y como profesión. Las clases acomodadas, entonces, contaban con sus propios sanadores profesionales: los médicos universitarios, bajo control y legitimación de la Iglesia, ya que la praxis médica requería para su ejercicio el acompañamiento y asistencia de un sacerdote. Mientras las brujas brindaban sus servicios a las clases populares.

Comenzaba a vislumbrarse la dicotomía hegemónica que asociaba la ciencia médica con lo masculino, y la magia o superstición a lo femenino. Esto se propició, además, por el acceso vetado a las mujeres a las universidades. Lo que impedía la posibilidad de estudiar a mujeres de clase alta.

De esta manera, progresivamente los médicos varones lograron excluir a las sanadoras no profesionales en la práctica de la medicina “occidental” –noción que luego

¹⁵Al respecto destaca que con la transformación del dualismo en binarismo del “Uno” –universal, canónico, neutral– y su “Otro” –resto, sobra, anomalía, margen– pasan a clausurarse los tránsitos, la disponibilidad para circular entre diferentes posiciones, que pasan a ser todas colonizadas por la lógica binaria. El género traduce la matriz heterosexual binaria del conquistador, que impone nociones de pecado y pornografía en términos eurocentrados hegemónicos.

problematizaré—, a excepción de la obstetricia que continuaría siendo ejercida por mujeres parteras un tiempo más, hasta la apropiación de dicho espacio en el siglo XVIII. Esta profesionalización masculina de la medicina siguió un cauce similar en EEUU, si bien se inició más tarde que en Europa, en el siglo XIX, su impacto fue mayor y más abarcativo, sobre todo en lo relativo a la feminización y subordinación de la enfermería, como auxiliar del médico.

En nuestro país, según lo expresado por Ana Laura Martín (2018), en el siglo XIX el proyecto modernizador asociado a fenómenos demográficos de inmigraciones tanto a nivel nacional hacia los centros urbanos más desarrollados –Córdoba y Buenos Aires–, como así también en cuanto al arribo de extranjeros; propició el desarrollo de políticas públicas sociosanitarias centradas en un paradigma higienista legitimado en el discurso médico positivista y determinista, conforme el progresivo avance tecnológico y de equipamiento en las técnicas de diagnóstico, intervención y tratamientos en el ámbito de la salud.

Ya en el siglo XX la medicalización del parto comienza a afianzarse, y con este proceso, el progresivo pasaje de la “ciencia hembra a la ciencia obstétrica”, es decir de un saber y una práctica eminentemente femeninas, de base empírica, con escasos límites y controles, enfocado en un abordaje centrado en la experiencia y la afectividad de las actrices intervinientes; hacia un criterio definido, establecido y acreditado por la ciencia médica. La biomedicina cristaliza su hegemonía, los nacimientos y partos se trasladan paulatinamente desde la casa al hospital, y las parteras van siendo reemplazadas por médicos obstetras. Sin embargo, el parto domiciliario se mantuvo como principal modalidad de nacimientos hasta avanzado el siglo XX.

La entrada en vigencia de limitaciones al ejercicio del oficio, emanaron del discurso médico y los organismos institucionales de control asociados. A través de la universidad y el desarrollo de la obstetricia como una especialización de la profesión, fue favorecido el ingreso de los varones al escenario del parto. No obstante, mantenerse la atención de partos eutócicos –sin complicaciones clínicas– en manos de mujeres, y reservando los casos complejos para la experticia y capacidad de los médicos varones.

Si bien resultan innegables los beneficios derivados de la investigación y desarrollo biomédicos, lo que se tradujo estadísticamente en una disminución en la mortalidad materno-infantil, todo el proceso de embarazo, parto y lactancia se ha tecnocratizado¹⁶ y medicalizado. Lo cual implica una atención asistencial estandarizada, homogénea y sistemática de todas las personas gestantes, no exenta de consecuencias perjudiciales para la salud integral de las mismas derivadas del intervencionismo: mayor incidencia de cesáreas, uso de rasurados y enemas, uso de oxitocina sintética, anestесias, entre otras prácticas “rutinarias”; como así también impactos emocionales negativos en la subjetividad de la díada madre-hijx.

(3) PARIR...ENTRE LA BENDICIÓN Y LA MALDICIÓN DE LAS DEIDADES. DIFERENTES PERSPECTIVAS DE ABORDAJE E INTERVENCIÓN PROFESIONAL

La cultura “occidental” –greco-romana y judeo-cristiana–,¹⁷ de la cual forma parte nuestra región geopolítica, luego de la colonización de las tierras nativas en manos europeas, incorpora nociones religiosas que naturalizan aspectos de la vida cotidiana en clave de género. Ya en el Génesis del Antiguo Testamento se plasman la jerarquización y la asimetría social entre los géneros masculino y femenino, basados en la biológica diferencia sexual, resultando claramente perjudicada la mujer en el proceso. La femineidad,¹⁸ la maternidad, los procesos asociadas a la misma: embarazo; parto; puerperio y amamantamiento, y las prácticas y actividades asociadas como la crianza de los hijxs, el establecimiento y cuidado de la familia heterosexual, surgen como bastiones culturales

¹⁶Al respecto, quiero señalar la metáfora del *cyborg* de Donna Haraway (1995), que aporta un concepto que nos permite alejarnos de las dualidades, para construir una imagen integradora. También, desde una posición menos crítica, pensarnos acompañadas por la tecnología. Ya que la tecnocratización existe, avanza, y puede representar una posibilidad de cambio. Para Haraway ser *cyborg*, no es bueno ni malo, es mutilante y reconstructivo a la vez, la idea es pensarlo como una herramienta de lucha política.

¹⁷A decir de Edward Said (2004: 25) *la relación entre Oriente y Occidente es una relación de poder, y de complicada dominación. Oriente fue orientalizado, no sólo porque se descubrió que era “oriental”, según los estereotipos de un europeo medio del siglo XIX, sino también porque se podía conseguir lo que fuera –es decir, se lo podía obligar a serlo–. Said puntualiza que las ideas, las culturas y las historias deben ser estudiadas en simultáneo al estudio de “su fuerza” o “sus configuraciones de poder”* (Smaldone, 2017: 28).

¹⁸“A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti” (Antiguo Testamento, Génesis 3:16).

poderosos que delimitan el rol político de la mujer en el espacio privado y supeditado a mantener el bienestar ajeno por sobre su propio beneficio, o también a través de sacrificios inherentes a su condición biológica derivada de su capacidad de engendrar.

Pudiéndose advertir la sinergia disciplinadora de los cuerpos —o “las cuerpas”—¹⁹ a través de la evolución de la biomedicina y su hegemónica profesionalización masculina, que con el aporte de la religión cristiana, contribuyeron a fundar las representaciones y significaciones morales asociadas al género.

Es así que el parto queda homologado a una experiencia femenina dolorosa, profana y asociada a la suciedad productora de enfermedades, ya que quienes asistían el suceso serán tildadas de brujas y charlatanas, sin acceso al conocimiento científico formal, el cual paulatinamente quedará en manos y bajo la vigilancia de expertos médicos varones.

Los partos se trasladan al hospital, las personas gestantes pasan a ser máquinas pertenecientes al engranaje social mercantilista y tecnocrático propio de la ideología capitalista que prevalece en la región, estableciéndose la institucionalización y medicalización del proceso natural del nacimiento. Valiéndose del paradigma positivista científico, bajo las premisas del Modelo Médico Hegemónico²⁰ que determina relaciones jerárquicas entre lxs actorxs sociales participantes del proceso: el médico poseedor activo del saber legítimo que habilita la intervención sobre el cuerpo pasivo de la persona gestante, vulnerable por su condición de “paciente”.

El parto pasa a ser asimilado a la enfermedad, promoviéndose el intervencionismo injustificado en los cuerpos gestantes, así como la sumisión ex profesa hacia el paternalismo médico.

Partear entonces se convierte en una experiencia negativa, institucionalizada, desafectivizada, en pos del cumplimiento de los necesarios atributos de objetividad,

¹⁹Siguiendo la expresión del lenguaje inclusivo, la alternativa de referirse a “la cuerpa” en tanto cuerpo de las mujeres, remite a la propuesta de lesbofeministas como Adrienne Rich (1978), quienes apuestan por feminizar el léxico, subvirtiendo el lenguaje sexista.

²⁰Las características principales del MMH son, entre otras: el biologismo, la ahistoricidad, la a-sociabilidad, la burocratización, la responsabilidad individual, la mercantilización de la enfermedad (Eduardo Menéndez, 1988).

profesionalidad y distancia emocional científica profesional, lo que se traducía en las representaciones sociales de la comunidad en garantía de calidad del acto médico. El médico es entonces la voz y discurso autorizado que sustituye la sabiduría y fisiología del cuerpo y, por ende, del proceso del parto. Se acortan tiempos, se modifican posiciones, se alteran mediadores químicos y hormonales, hasta convertir un acto sexual/reproductivo en una intervención médica, cuando no quirúrgica: episiotomías, cesáreas, por nombrar algunas.

De la mano del moderno estatismo, el higienismo y la creciente urbanización de las grandes urbes, la medicina se constituye como una forma de biopolítica, en términos de Michel Foucault (2008), al incidir directamente en los cuerpos, y a través de ellos, en el tejido social y en la fuerza de trabajo. Surge entonces la preocupación de sostener la salubridad, entendida como las condiciones socioambientales que propician la salud, y luego, progresivamente el concepto de Salud Pública.

Este modelo europeo de medicina social, a través del control de la salud y el cuerpo de las clases más necesitadas, se aseguraba de optimizar la fuerza laboral y disminuir los peligros de contagio de epidemias a las clases acomodadas, indagando además de manera general de las condiciones ambientales.

En Latinoamérica el concepto de Medicina Social que surge en la década de los años sesenta se encuentra vinculado estrechamente a la disconformidad de los movimientos y organizaciones sociales y populares, frente a la crisis de la llamada salud pública en un contexto político desarrollista,²¹ que sostenía que el crecimiento económico de los países debía necesariamente generar un mejoramiento general de la salud de la población.

²¹En la década de 1940 en Argentina, en el período de posguerra, se desplegaron políticas de bienestar social, bajo el modelo económico keynesiano, donde el Estado jugó un rol primordial como agente de producción y reproducción de la sociedad, convirtiéndose en un destacado actor económico. La esfera pública se incrementó, incluyendo a la salud entre sus premisas. En 1946 apareció el primer Ministro de Salud, bajo la órbita del gobierno peronista: el Dr. Ramón Carrillo. Desarrolló una labor trascendental en el área, desde una perspectiva de abordaje social sanitarista. El modelo desarrollista, tuvo lugar en la década del cincuenta, hasta los sesenta, siendo Arturo Frondizi (dirigente del partido radical que ejerció la presidencia desde 1958 a 1962) su principal impulsor. El mayor efecto de esta modernización fue la consolidación de un nuevo actor político: el capital extranjero radicado en la industria. Sin embargo, la distribución de los ingresos benefició a los sectores medio y medio-alto, en detrimento de los inferiores, pero también de los superiores. El impulso de políticas sociales –educación, salud, empleo, viviendas, entre otras– ampliaron los índices de consumo individual y colectivo. La política social era el vértice del crecimiento de los países con este modelo de

El panorama sociosanitario latinoamericano en ese momento mostró el deterioro de la salud pública aún frente al crecimiento económico de algunos países percibido en décadas anteriores. Por lo cual, los indicadores de salud –como la mortalidad infantil– empeoraron luego de haber experimentado cierta mejoría. Lo cual reflejaba los efectos del estado de bienestar anterior a la economía desarrollista, como así también las inequidades en el acceso a la salud, en perjuicio de las clases populares.

La Medicina Social asume el nombre de Salud Colectiva, en Brasil por citar un ejemplo, la cual se diferencia teórica y metodológicamente del concepto de Salud Pública. Ya que centra su unidad de análisis en la población y sus instituciones sociales, desde un enfoque colectivo.²²

Este concepto de la enfermedad como hecho social se relaciona directamente con las críticas epistemológicas feministas a la hegemonía del sistema médico científico “occidental”, que abogan por el reconocimiento metodológico del conocimiento situado.²³

Con la influencia de la Tercera Ola del feminismo –aproximadamente a partir de 1960–, el reclamo de los movimientos de mujeres respecto de la libertad de elección en sus decisiones personales en cuanto su corporalidad y vida personal -bajo el lema *lo personal es político*-,²⁴ la emergencia de los llamados grupos de autoconsciencia feministas, y la traducción pública de problemáticas generizadas consideradas hasta ese momento de índole privada o doméstica que involucraban necesariamente a las mujeres tales como la violencia conyugal, la maternidad, el placer sexual femenino ligado a lo reproductivo, entre otras;

crecimiento económico. Estas políticas no surgieron de un principio de solidaridad, sino de objetivos económicos a alcanzar, en el marco del sistema capitalista.

²²Según lo analizado por Breilh y otros (2002), ello es para destacar que en el análisis del conjunto de prácticas y organizaciones de salud toma centralidad el eje conceptual salud/enfermedad/atención. Resaltando la idea de salud como un proceso construido colectivamente, en un momento histórico dado.

²³Autoras como Donna Haraway (1995), Sandra Harding (1996) y otras han destacado la trascendencia del contexto sociohistórico en la construcción del conocimiento validado como científico. Luego, aportes de autoras regionales como María Lugones (2011) y Gloria Andalzúa (1996) agregan complejidad a la propuesta desde la interseccionalidad y el giro decolonial latinoamericano.

²⁴Esta afirmación corresponde a una de las principales premisas del feminismo radical de los años sesenta del siglo XX, destacándose entre sus exponentes Kate Millett (1995), Shulamit Firestone (1976), entre otras. Ellas consideran la sexualidad como un constructo político, edificado desde la ideología patriarcal que enmarca la constitución del deseo y el objeto del mismo. Problematizan la llamada revolución sexual, hito fundacional de dicho momento sociohistórico, ya que es definida en términos masculinos, e introducen en el debate teórico la bisexualidad y el lesbianismo como aspectos políticos claves en el movimiento feminista.

algunxs pensadorxs y profesionales vinculados a las ciencias sociales y médicas comenzaron a indagar en el área específica del parto.

En el área específica de los partos-nacimientos, empiezan a retomar protagonismo en la escena sus actores principales: persona gestante y persona que nace, aspecto soslayado anteriormente bajo la superlativa praxis de lxs profesionales sanitarios intervinientes. Se revaloriza el papel de las experiencias previas, los conocimientos heredados o ancestrales, el rol de la intuición o emociones asociadas al proceso y la calidad de los vínculos primarios que se establecen en ese primer momento entre la persona gestante y su hijx recién llegadx. Michel Odent (1990) y Frederick Leboyer (1976), referentes claves de este paradigma asistencial, reivindican lo “instintivo” de la mujer para desarrollar su parto, mediante el método del “parto sin violencia”. Si bien podría entenderse como una mirada esencialista y biologicista de ese aspecto femenino, ya que refuerza de alguna manera la idea del “instinto maternal”, dicha visión aporta también al posicionamiento de las mujeres –o personas gestantes– como actoras principales del proceso del parto. Asimismo, rescata su autonomía en lo relativo a decidir cómo transitar dicho momento vital, con énfasis en el respeto de sus tiempos fisiológicos.

Como he mencionado, tanto los autores nombrados -Michel Odent y Frederick Leboyer- como Casilda Rodríguez Bustos (2009), son autorxs claves en lo relativo al nuevo paradigma de abordaje sanitario del proceso de parto y lactancia sin interferencias e intervenciones externas innecesarias, también llamadas (o mal llamadas) “de rutina”. Lxs tres profesionales provienen desde disciplinas científicas: los dos primeros desde la medicina, y la tercera desde la biología. Por tal motivo, en sus descripciones de los procesos fisiológicos del embarazo, parto y lactancia, destacan aspectos claves vinculados a ejes neurohormonales, que se llevan a cabo en el organismo o cuerpo de las mujeres –o personas gestantes-. Dando cuenta de los cambios y modificaciones sufridos en tales procesos por el uso de drogas o la realización de intervenciones y procedimientos que, en muchos casos, se expandieron, con consecuencias negativas. A saber: el elevado número de cesáreas innecesarias, las condiciones hostiles de las salas de parto, el dolor derivado del uso de oxitocina sintética, el estrés consecuente que limita las posibilidades de establecer una lactancia -y un apego- exitosa, por nombrar algunas. Cabe señalar que también estxs

autores destacan la influencia y el entrecruzamiento de factores antropológicos y sociológicos en tales procesos vitales, lo cual determina la forma de nacer.

Sin embargo, es sólo Casilda Rodríguez Bustos quien, desde una posición radical, destaca la importancia de la existencia del patriarcado, como sistema sociopolítico de dominación de las mujeres. Este sistema social patriarcal, se vale del tabú del sexo para bloquear la sexualidad femenina, disminuyendo su vitalidad e introduciendo un estado de carencia y de necesidad. Estas condiciones no son percibidas de manera consciente, ya que se instalan subjetivamente mediante la naturalización de tal proceso en los modos de relacionamiento social diferenciados y generizados. Esta condición de vulnerabilidad femenina se constituye, entonces, en terreno fértil para el ejercicio del dominio masculino en todas sus dimensiones.

Por su parte, Michel Odent y Frederick Leboyer, destacan el protagonismo de las mujeres y sus hijxs en el proceso del embarazo, parto y lactancia, asimilándolo al estilo de nacimientos y crianzas evidenciadas en la mayoría de las especies animales, pero soslayando la participación de lxs padres en tales instancias. Sin profundizar en el impacto que cuestiones de índole económica, ideológica/política, cultural/etnocentrista, tienen en el modo de nacer de las diferentes sociedades humanas.

La búsqueda, entonces, consiste en transformar, como sociedad, las condiciones existentes para ejercer la maternidad -y paternidad- de manera responsable, plena, feliz, con goce. Que no se constituya en un “deber ser”, ni en un “ser para otrxs”,²⁵ como ha sido planteada -y continúa siéndolo-. Desmitificar, desacralizar la maternidad también es ejercer nuestra ciudadanía como mujeres -o personas gestantes-, ya que se trata de elegir, de manera autónoma y “deseante”, ejercer ese rol desde un lugar de amor y respeto, fundamentalmente hacia nosotrxs mismxs.

²⁵Simone de Beauvoir (2017), desde la perspectiva filosófica existencialista, toma las categorías de trascendencia e inmanencia para explicar el ser social de la mujer como ser para otros. El hecho de que la mujer sea fundamentalmente “Alteridad” implica que su sexualidad es simplemente un complemento de la sexualidad y deseo masculino. Su inmanencia y su pasividad son el complemento del sujeto masculino como agente activo y trascendente, y esto se traduce en su rol doméstico de esposa y madre.

4) MADRE: ¿HAY UNA SOLA? HETEROSEXUALIDAD OBLIGATORIA Y FAMILIAS DIVERSAS

Como definición del término “madre” encontramos en la primera acepción del diccionario de la Real Academia Española la siguiente expresión: “Mujer o animal hembra²⁶ que ha parido a otro ser de su misma especie”. Sin embargo, basta con mirar alrededor para detectar que al presente tal definición se encuentra, cuando menos, desactualizada.

Diversas teóricas feministas han interpelado la noción de maternidad, en tanto construcción discursiva, apoyada en distintas disciplinas científicas (la religión, la medicina, la demografía, la psicología, entre otras) y legitimada institucionalmente (por el Estado a través de la Justicia, la Escuela, la Familia patriarcal tradicional, la religión cristiana) como principal dispositivo de control y adoctrinamiento de las mujeres. Y también, de manera indirecta, de otros colectivos sociales minoritarios como disidentes sexuales y personas con discapacidad que no se encuentran incluidos en el imaginario social vinculado a la madre de familia heteropatriarcal hegemónica.

La antropóloga Marcela Lagarde y de los Ríos (2005) señala que las mujeres vivimos en cautiverio. Estos cautiverios culturales, femeninos y tradicionales, determinan las formas de “ser mujer” en la sociedad. Aludiendo la autora mediante este concepto al estado de opresión y subyugamiento de las mujeres en el mundo patriarcal. Su situación política se concreta en la subordinación de las mismas al poder, su dependencia vital y la obligación de cumplir con su deber hacia las instituciones y los particulares.

Esta circunstancia histórica las constriñe a transitar vidas estereotipadas, sin alternativas, no siempre asociadas a vivencias de conflicto o sufrimiento, sino también asociadas a sentimientos de felicidad en base a la realización personal en el cautiverio que, como expresión de feminidad, le es asignada a cada mujer. Tipológicamente distingue cinco cautiverios: el de la materno-conyugalidad que define a la “madresposa”, el del erotismo femenino negado que define a las “putas” -ya que se especializan en el erotismo

²⁶Simone de Beauvoir, en su obra *El Segundo Sexo*, en el capítulo I: Los Datos de la Biología, rechaza la idea de igualar los conceptos de mujer y hembra, dando cuenta de la construcción sociohistórica naturalizada respecto de lo que implica ser mujer. “No se nace mujer, se llega a serlo” constituye la brillante síntesis de su exégesis al respecto. (2017: 35-43)

para el placer de otros-,el cautiverio de la relación religiosa de las mujeres con el poder y con Dios que define a las “monjas”, el de la prisión concreta y genérica de todas que define a las “presas”, y el de la locura genérica de las mujeres –cuyo paradigma es la racionalidad masculina– que define a las “locas”.

Al analizar puntualmente la categoría “madresposa”, surge como antecedente de importancia lo expresado por Simone De Beauvoir (2017), quien reflexiona sobre la configuración sociohistórica de la maternidad como destino fisiológico, naturalmente dispuesto y, por lo tanto, socialmente legitimado, de todas las mujeres. Analiza también los discursos vigentes que condicionan el comportamiento y las expectativas de socialización de las niñas hacia su función reproductora. Para lo cual se apela –como tecnología de género–²⁷ a los sentimientos y valores morales asociados a la maternidad. Si bien son advertidos los acontecimientos fisiológicos derivados de su propia sexualidad –menstruación, dolores, menopausia, vejez, entre otras– y el tedio de las tareas domésticas, el privilegio de procrear es sopesado como superior ante tales contingencias en la historia vital de las mujeres.

Asociada a la maternidad, entonces, se halla implícita la estrategia de domesticidad obligatoria de las mujeres en su rol de esposa y madre. Ser mujer queda asimilado a ser madre, y, por ende, a ser esposa. La cualidad de “cuidadora” define simbólica y realmente a las mujeres, quienes asumen este atributo como constitutivo de su subjetividad. El cuidado de lxs otrxs, sean hijxs, esposos, parientes, comunidades, entre otras configuraciones sociales, es inherente al maternazgo,²⁸ y por lo tanto a la maternidad. Y se articula por una enajenante clave política: el descuido o sacrificio de sí para lograr el cuidado de lxs demás.

²⁷Teresa de Lauretis (1989) propone que la sexualidad, el género no es una propiedad de los cuerpos o algo originalmente existente en los seres humanos, sino el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, por el despliegue de una tecnología política compleja. El género es el producto y el proceso de un conjunto de tecnologías sociales, de aparatos tecno-sociales o biomédicos que definen diferencial y jerárquicamente los modos de ser mujer y varón en la sociedad.

²⁸Según la Enciclopedia de Salud Mental de la Fundación Aiglé, la “maternidad” implica para la mujer atravesar una sucesión de diversos procesos fisiológicos y socioculturales: la pubertad, la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, la educación y la separación. Es necesario diferenciarla del concepto de “maternaje”, que es el proceso psicoafectivo que puede o no acontecer en la mujer cuando tiene a su bebé. En el sentido eriksoniano, representa en la madre una crisis de identidad y de la personalidad en el sentido amplio, igualable a lo que sucede en la etapa vital de la adolescencia. Marcela Lagarde y de los Ríos (1996) complejiza estos tópicos, sumando el concepto de “maternazgo”, definiéndolo como una forma de represión que convierte a las mujeres en “las madres de los demás”, debido a que de forma pasiva e

A partir de la modernidad, las mujeres contemporáneas somos “sincréticas”²⁹ porque cada una posee atributos de género tradicionales y modernos, de manera simultánea y contradictoria, en constante disquisición. Lo cual implica la disposición de cuidar a lxs otrxs de manera tradicional, y a la vez, lograr el desarrollo individual en el mundo moderno, mediante el éxito y la competencia meritocrática.

En esta línea argumentativa, feministas radicales de los años setenta aportan a dicha categoría de análisis la noción de la opresión de las mujeres en la esfera doméstica o privada,³⁰ como condición necesaria para el desarrollo del sistema general de desigualdad y jerarquización social denominado patriarcado. A su vez, desde el materialismo histórico, lograron vincular los beneficios económicos, sexuales y psicológicos derivados de tal sistema para todos los varones, y del trabajo reproductivo –consistente en la reproducción biológica y las funciones de cuidado derivadas de ella– a cargo de las mujeres, que sostiene y garantiza el trabajo productivo a cargo de los varones.

Carole Pateman (1988) plantea que la teoría política del contrato social lleva implícito un contrato sexual que se manifiesta a través de la división sexual del trabajo, lo cual delimita dos ámbitos diferenciados: el público, de los ciudadanos y trabajadores, y el privado, de subordinación de las mujeres. De esta manera se asimila a las mujeres con la naturaleza, las emociones y lo instintivo o impulsivo –características propias del ámbito doméstico–; y a los varones se los asimila con la racionalidad, el cálculo y la imparcialidad –propias del ámbito público–. A su vez, la fraternidad entre los hombres –como maridos, ciudadanos y trabajadores– los hermana en las desigualdades del capitalismo, en detrimento de las mujeres, quienes no visualizan la sororidad³¹ como cualidad compartida, generizada y transversal, de unión y transformación femenina.

imperceptible, se les obliga a consagrarse a los demás e ignorar su propio desarrollo personal y profesional, así como sus necesidades individuales.

²⁹“La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio y, al mismo tiempo, la necesidad social y económica de participar en procesos educativos, laborales y políticos para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje. Así, el deseo de las mujeres es contradictorio: lo configura tal sincretismo” (Lagarde y de los Ríos, 1996).

³⁰Me refiero a las ya nombradas Kate Millett (1995) y Shulamit Firestone (1976).

³¹El término proviene del latín “soror” (hermana) y su significado tiene que ver con la solidaridad femenina. La antropóloga mexicana Marcela Lagarde y de los Ríos es la principal referencia actual del concepto, que

A su vez Carol Gilligan (1982) a partir de su elaboración conceptual de la “ética del cuidado”, devela cómo a partir del modelo binario de género, se delimitan los límites de la psique de niñas y niños, minimizando la capacidad de saber en ellas y la capacidad de preocuparse por los otros en ellos, siendo éste el momento de iniciación psicológica en el orden patriarcal. Su tesis emerge como contrapartida de la teoría del desarrollo moral del Dr. Lawrence Kohlberg (1992), de quien fuera discípula. Este autor afirmaba la existencia de una menor capacidad de desarrollo moral en las mujeres. A partir de sus interpretaciones realizadas en base a las disímiles respuestas brindadas por niños, niñas y adolescentes, a una serie de cuestionarios que planteaban situaciones de dilemas morales hipotéticos que debían resolverse en base a principios morales universales, que denominó “ética de la justicia”.

Gilligan advirtió que aspectos contextuales fundamentales no habían sido valorados por su mentor, como así también que las preguntas a responder estaban dirigidas hacia varones. Por lo cual, confeccionó cuestionarios con dilemas morales similares pero basados en situaciones dilemáticas reales, y se los administró a mujeres. Arribando con ello a conclusiones significativamente diferentes; tesis a la cual denominó “ética del cuidado”.

Si bien ambos trabajos se basan en el concepto de igualdad como valor humano transversal, la ética de la justicia sostiene la universalidad y la imparcialidad como aspecto rector, eliminando las diferencias individuales. En contrapartida, la ética del cuidado sostiene el respeto y la diversidad para satisfacer la necesidad del otro, como valores humanos transversales, destacando la empatía como aspecto rector.

Da cuenta de los mecanismos de socialización y crianza diferenciales y jerarquizados por género en la niñez, por los cuales, se formatea a los niños para que dejen de lado el amor entre iguales, para ser competitivos y fuertes, para no demostrar emociones. Y a las niñas, se les inculca que su realización personal se asocia a su “tendencia natural” a

define como una alianza entre mujeres diferentes y pares, hermana en la lucha contra la opresión, y crea espacios para que las mujeres puedan desplegar nuevas posibilidades de vida (2012: 486).

dispensar cuidados, establecer una familia, tener descendencia y desenvolverse como una buena esposa y madre. A través del mito del amor romántico se sostienen estas estrategias.

La autora propone que los seres humanos somos seres sociales, por lo cual, el amor en las relaciones interpersonales resulta el motor fundamental para sostener la especie. Por lo tanto, el cuidado y la asistencia de unos a otros no son exclusiva y naturalmente asuntos de mujeres, sino intereses humanos. Al respecto, sostiene que la empatía entre las personas debe darse por supuesta, que responde a un mecanismo íntimo invisibilizado por una cultura que asocia las emociones, el cuerpo y las relaciones a “lo femenino”. Siendo este sentimiento acallado e inferiorizado en los varones, ya que “la razón, la mente, el Yo” constituyen los pilares culturales de “lo masculino”.

A nivel político la ética del cuidado es una ética humana, asociada a la corresponsabilidad en un contexto democrático. Esta actividad de cuidado no se limita a la interacción humana con los demás, también incluye la posibilidad de cuidar objetos o el medio ambiente. Tampoco reviste un carácter diádico o individualista, sino que puede tener una connotación procesual, en un entramado de redes sociales interconectadas.

Un aspecto clave en la institución familiar de la maternidad es la heteronorma subyacente. La autora Adrienne Rich (1996) analiza la dimensión de la heterosexualidad femenina obligatoria como un pilar fundamental de la sociedad, que debe necesariamente ser cuestionado en la búsqueda de un mundo igualitario. Para exponer la carga ejercida por dicha institución política en las relaciones sociales, Rich toma de la escritora Kathleen Gough ocho características del poder masculino en sociedades arcaicas y contemporáneas que producen desigualdad sexual: la negación de la propia sexualidad a las mujeres, la imposición de la sexualidad masculina como hegemónica, la explotación del trabajo de las mujeres, el control de sus hijos mediante el derecho paterno, el confinamiento físico femenino, el uso de mujeres como objetos de transacción masculina, la limitación a la creatividad femenina y su acceso a diversas áreas del conocimiento.

La sexualización de la mujer y la erotización de su cotidiana posición de subordinación contribuyen a naturalizar la desigualdad genérica en la vida social, y, por consiguiente, a naturalizar vinculaciones violentas bajo el dogma del incontrolable “impulso” sexual masculino. Esto trae aparejado el desequilibrio de poder en las relaciones entre hombres y mujeres: entre cónyuges, empleador y trabajadora, padre e hija, profesor y alumna, entre otras.

De esta manera, se define lo “natural” ligando “sexo” y “género”, la diferencia sexual opera como lo dado, lo que define al género y a la sexualidad “normal” como aquella ejercida entre hombres y mujeres, institucionalizándose como única posibilidad legítima. Aprovechando justamente la noción de “naturalidad” asociada a las categorías de sexo –relacionadas a su vez a la presencia de determinados genitales externos–, para “naturalizar” dicho sistema político: el de la heteronorma, según la exégesis vertida por la autora Monique Wittig (1977). El dispositivo heterocentrado entonces, actúa como norma, orden o ley, ya que opera dentro de las prácticas sociales como estándar de normalidad/normalización en materia de sexo, de género y de filiación. Garantizando con ello la reproducción de la estructura política de dominación de las mujeres.

Ahora bien, a la luz de las nuevas conformaciones familiares: familias monoparentales, homoparentales, familias ensambladas, coparentalidad, por nombrar sólo algunas; y las nuevas formas de acceder a la maternidad/paternidad: subrogación de vientres, donación de gametos, gestación de personas trans, triple filiación, entre otros procedimientos vigentes; resulta evidente que además de la biología otros factores resultan relevantes en la ecuación de la vida.

El deseo de ahijar, el amor de pareja, y la reivindicación de la presencia de sujetxs abyectxs³² se conjuran; hoy con mayor visibilidad; para dar lugar a configuraciones familiares amorosas y diversas, cuyo fin es común: la crianza, la protección y la atención de

³²Judith Butler señala la presencia de lo abyecto en aquellas zonas “invivibles” de la sociedad que, sin embargo, se hallan densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de sujetos. Pero cuya presencia es necesaria para circunscribir la zona segura y “normal” de vida, de la amenaza que representan al status quo heterosexual hegemónico (Martínez, 2018).

lxs descendientes y convivientes –parejas sin hijxs, persona/s con mascota/s–. Por lo cual, bajo esta premisa de dar lugar al deseo de brindar, recibir y multiplicar el amor, desde una mirada de respeto por los derechos humanos y por la diversidad, las familias en realidad siguen siendo el principal pilar de la sociedad, cualquiera sea su conformación y tipología. Escapando tal deseo de la exclusiva órbita de las mujeres “biológicas”.

5) RECUPERANDO SABERES ANCESTRALES. PARIENDO DERECHOS

Me interesa destacar el aporte realizado por la socióloga Silvia Rivera Cusicanqui (2010) en cuanto a su invitación al ejercicio de repensar la historia, a partir de los estudios postcoloniales. Desde una mirada crítica, advierte que los modos de producción del conocimiento son atravesados por relaciones geopolíticas de poder, y por lo tanto, por la interseccionalidad de categorías sociales.

En lo relativo a la teoría feminista, señala que el primer acto colonizador del género en la modernidad, lo constituye la institución jurídica del *pater familia*, lo cual implica la subsunción formal y real de las mujeres en el hogar gobernado por el hombre. Esto a su vez deriva en la noción de “patria potestad”, que recluye a la mujer y a lxs hijxs a la órbita de la autoridad doméstica paterna masculina, con la consecuente labor exclusiva femenina reproductiva y decorativa, y, la obediencia debida de niñxs y adolescentes al poder adulto, fundamentalmente, paterno.

Desde la reivindicación de su origen indígena, y su particular metodología de trabajo a través de la teorización de experiencias de subalternidad y mestizaje, afirma que el colonialismo actual se expresa mediante la negación de la humanidad de otrxs, en clara consonancia con premisas y reclamos de feminismos actuales.

El desafío por ella propuesto, consiste en entender la descolonización como conjunto de prácticas, tales como la educación intercultural bilingüe, la recuperación de horizontes antiguos, el diálogo entre conocimientos empíricos y científicos validados y el

respeto y acercamiento entre cosmovisiones diversas, donde las relaciones entre los géneros encuentren un equilibrio de complementariedad.

Esta propuesta la extiendo –en cuanto considero necesario e imperativo– al ejercicio de repensar como actores sociales, las prácticas y representaciones asociadas al parto, la maternidad/paternidad y la familia, desde una mirada abarcativa, holística y ciudadana que reconozca y respete voces –y deseos– anteriormente ignoradxs.

6) DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO

El principal objetivo de mi estudio es conocer las representaciones sociales actuales de la figura de la obstétrica, en un contexto sanitario formal, tanto en profesionales como en usuarias de la Salud Pública. Como lo mencioné en la Introducción, me sitúo en el marco de la vigencia de normativas sanitarias que reivindican el poder de decidir de las personas gestantes respecto del tipo de abordaje profesional del proceso de embarazo y parto, bajo el paradigma del “Parto Respetado o Humanizado”.

Los objetivos secundarios son: indagar respecto de la información de las usuarias del nosocomio local y lxs profesionales de dicho espacio, en cuanto el marco legal vigente en lo relativo al parto respetado. Conocer el modelo de abordaje elegido por las usuarias del servicio de ginecología y obstetricia de dicho nosocomio en su proceso de gestación, parto y puerperio. Conocer el posicionamiento profesional, y el paradigma de abordaje utilizado por lxs obstétricxs respecto de su función sanitaria formal. Indagar respecto del posicionamiento profesional y personal, y el paradigma de abordaje utilizado por lxs ginecólogxs respecto de su función sanitaria formal. Explorar el posicionamiento profesional y el paradigma de abordaje utilizado por lxs enfermerxs respecto de su función sanitaria. Conocer paradigmas de abordaje de doulas formadas en otros espacios profesionales, sus percepciones y experiencias laborales. Establecer posibilidades de incorporación de estas últimas figuras en el medio local.

Para ello, he recurrido al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “4 de Junio. Ramón Carrillo” de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco. Administrándose cuestionarios semiestructurados escritos³³ a ginecólogxs, enfermerxs y obstetras, como así también a usuarias de dicho servicio, para indagar qué información manejan respecto de la ley de Parto Respetado, Ley de derechos como usuarios del servicio de salud pública, función de las obstétricas y representaciones sociales al respecto. También se administraron entrevistas similares a “doulas” formadas en otros espacios de capacitación, con la finalidad de conocer paradigmas de intervención y rescatar percepciones y experiencias de sus prácticas.

Las preguntas realizadas a lxs distintxs actorxs tienden a desentrañar los posicionamientos y nociones existentes respecto del concepto de ciudadanía y su ejercicio al momento de partear y parir. El cambio de paradigma sanitario en el abordaje del proceso de embarazo, parto y puerperio, legitimado en el marco legal vigente en el país debería ser la herramienta facilitadora del necesario proceso de deconstrucción profesional y social que se precisa para concretar la reivindicación de –esta parte de– los derechos reproductivos de las personas gestantes.

En dicho Servicio se desempeñan en los sectores de Consultorios Externos, Guardia e Internación veinte médicxs ginecólogxs, de lxs cuales dieciseis son mujeres *cis* y cuatro varones *cis*. Desde el año 2012 se incorporó al Servicio la residencia de Licenciadxs en Obstetricia, por lo cual al momento catorce Obstetras forman parte del plantel profesional. Lxs mismxs refieren preferir el término “obstetras” en lugar de “obstétricxs”, por lo cual se utilizará tal denominación en adelante.³⁴ De ellxs, doce son mujeres *cis* y dos varones *cis*. En cuanto al ámbito de enfermería, son treinta y cuatro profesionales, de los cuales sólo siete son varones *cis*, el resto son mujeres *cis* –veintisiete–.

³³Dichos cuestionarios se hallan transcritos en la sección final de ANEXO.

³⁴Si bien existe una diferencia nominal, utilizando el término “obstetras” para lxs médicxs especialistas en la materia; y “obstétricxs” para referirse a lxs licenciadxs correspondientes, se puede inferir que, en el Servicio consultado, la homogeneidad en el término para ambas ramas profesionales podría atribuirse a cierta actitud de “corporativismo”. Aún con las diferencias en las tareas y en la estructura jerárquica del espacio laboral del equipo de trabajo. Si bien lxs médicxs son quienes detentan los lugares de poder, la totalidad de profesionales que allí se desempeñan, transmiten y sostienen el Modelo Médico Hegemónico.

No se han atendido al momento varones *trans* como usuarixs del Servicio, tampoco forman parte del equipo profesional personas *trans*. Lo cual destaca la presencia genérica mayoritaria de mujeres *cis* al momento de realizar la presente investigación.

Además de los sectores de Consultorios Externos e Internación, en el Servicio se implementa la Modalidad de atención denominada Preparación Integral para Maternidad (PIM). Consiste en el desarrollo de charlas teórico-prácticas donde se tocan temas referidos al proceso Embarazo-Parto-Puerperio, a la cual asisten de manera voluntaria las usuarias del Servicio. Se realizan tres veces en la semana (días martes, jueves y sábado), y son dictadas de manera exclusiva por lxs residentes de Obstetricia. No participan en tales actividades lxs médicxs ni enfermerxs.

Las entrevistas realizadas se han dispensado en modalidad de cuestionarios escritos, a los efectos de optimizar la utilización del tiempo disponible personal de cada entrevistadx. Sobre todo, considerando que el Servicio de referencia tiene mucha demanda de atención, lo cual torna dificultoso consensuar otras alternativas de interacción con la investigadora. Se ha tomado contacto directo con cada uno de lxs actores mencionados –médicxs, enfermerxs, obstetras y usuarias– a los efectos de dar a conocer las motivaciones y objetivos del presente trabajo, como así también respecto de las nociones y conceptos utilizados en los cuestionarios.

Los tiempos transcurridos desde la aplicación de los cuestionarios, hasta la obtención de las respuestas escritas han sido diversos. Obteniéndose en primera instancia la respuesta de las usuarias, para luego -dos meses después- obtener la de lxs médicxs, enfermerxs y por último de lxs obstetras. Cabe señalar que, con respecto al plantel profesional, la predisposición a participar de la propuesta de trabajo ha encontrado respuestas también diversas, mostrando lxs obstetras mayor apertura al momento de comunicarse el proyecto, no obstante concretar una moderada participación en las respuestas dadas. Lxs enfermerxs, por su parte, han sido lxs más reticentes al respecto, con escasa participación. Algunxs de lxs médicxs, expusieron su negativa a participar desde el primer momento, por no considerar válida aún la utilización de la perspectiva de género como herramienta metodológica en lo relativo a la praxis profesional médica. Cabe destacar que quienes aportaron esta respuesta corresponden a lxs profesionales de mayor edad en el Servicio,

esto es mayores de cincuenta años, y en su mayoría varones (dos de las tres respuestas obtenidas).

Se determinó administrar diez cuestionarios a lxs diferentes actorxs convocadxs. De los cuales, las usuarias sólo respondieron ocho (ochenta por ciento), lxs médicxs y lxs obstetras cuatro (cuarenta por ciento), respectivamente, lxs enfermeros dos (viente por ciento). Con la particularidad de que sólo han participado dos doulas, ya que no se existen otras en la ciudad.

En cuanto al proceso de análisis de la información recabada en los cuestionarios, se procederá a trabajar con cada unx de lxs actorxs mencionados, para luego triangular los datos y de esa manera validar la información recabada, y las conclusiones y propuestas derivadas.

- **Usuaris:**

Las edades de las mismas se hallan comprendidas en la franja etárea de los veinte a cuarenta años. De las ocho entrevistadas, siete tienen noción del concepto de Parto Respetado, sólo una de ellas no tenía información al respecto.

En cuanto al marco legal que lo sustenta, cinco de ocho están al tanto de que existe una normativa nacional al respecto, tres de ellas lo desconocen.

Respecto de la figura de lxs ginecólogxs, cinco de ellas tienen un buen concepto del desempeño profesional, dos se han abstenido de responder y sólo una contestó no estar familiarizada con el desempeño de ginecólogos varones, ya que siempre ha sido asistida por mujeres.

Con relación a la figura de lxs obstetras, la mayoría conoce la figura, tienen una buena opinión tanto del ámbito de desempeño laboral como del trato recibido, sólo una entrevistada se ha abstenido de opinar.

Acercas de las parteras o comadronas informales, cuatro se abstuvieron de opinar por no conocer a ninguna, dos respondieron desde una imagen negativa: una de ellas no lo recomendaría y la otra entrevistada respondió que su actuación se asocia a altas tasas de

mortalidad materno-infantil. Sólo una de ellas respondió que antes existían dada la falta de médicos.

En referencia a la figura de las doulas, la mayoría de las entrevistadas no la conocen, sólo una de ellas respondió que es una facilitadora en el parto, también conocida como “sirvienta de la embarazada”.

A la pregunta referida a si se atenderían con un médico u obstetra varón, la mayoría respondió de manera afirmativa (siete de ellas), destacando en tres casos la atención más humana y respetuosa de ambos, y, sólo de los médicos en dos oportunidades. En dos casos afirmativos, refirieron que el sexo³⁵ del o la profesional no es relevante. Sólo una respuesta fue negativa, argumentando sentirse más cómoda con una profesional mujer. Y en un caso se respondió que sí se atenderían con médicos varones, pero no con parteros u obstetras por no contar con “elementos necesarios”.

En cuanto la experiencia en la atención recibida en el proceso de embarazo-parto-amamantamiento en el Servicio, ocho de nueve respuestas fueron positivas, calificando como buena o muy buena la atención recibida. Sólo una respuesta fue negativa, mencionando atención desorganizada.

En atención a la pregunta respecto de historias de partos domiciliarios en la familia o allegados, de las ocho respuestas cinco son afirmativas y cuatro negativas. De las afirmativas, se destacan la delicadeza en el trato a la parturienta, aún con menos condiciones de seguridad, y también como disponibilidad ante distancias hacia el centro urbano. Sólo una respuesta fue consignada como afirmativa, pero con la aclaración siguiente: “no recomendaría”. En cuanto a la participación de los varones en el proceso del parto, de las ocho respuestas, dos se abstuvieron de contestar, cuatro contestaron que la participación era pasiva: como visitas, esperaban o traían elementos como agua. Y las últimas dos fueron por Si y por No, respectivamente, sin aclaraciones al respecto. Respecto de si conocen alguna comadrona actual o pasada y su reputación popular, de las ocho respuestas, una se abstuvo, cinco fueron negativas y sólo dos respondieron

³⁵Se consigna que este es el término utilizado por las entrevistadas, ya que en los cuestionarios no se lo ha utilizado, recurriendo a otros, tales como “identidad de género”, o bien, expresiones que van en esta línea argumentativa, tales como “¿Se atendería con un médico o partero varón?”, por citar un ejemplo.

afirmativamente, mencionando que en ambos casos era una vecina, en un caso era muy querida y respetada en la zona rural y en el otro caso fue eventual y debido a que se encontraba sola la parturienta.

Correspondiente a la consideración de las protagonistas de experimentar un parto en su casa, de las ocho respuestas tres fueron afirmativas, alegando las entrevistadas la posibilidad de sentirse más cómodas, y para tener otra experiencia. Las cinco respuestas restantes fueron negativas, destacando el temor ante posibles riesgos y complicaciones que pudieran presentarse.

Concerniente a la sugerencia o recomendación para mejorar la atención profesional en el Servicio, las ocho entrevistadas señalaron que son necesarios más insumos y recursos humanos capacitados en la temática, tanto en el Servicio, como la Guardia y en los Centros de Salud. También sugirieron mejor comunicación, mayor información y un trato profesional más respetuoso con las embarazadas.

- **Ginecólogos:**

Las edades de lxs entrevistadxs se encuentran comprendidas entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años. De los cuatro cuestionarios obtenidos, tres han sido confeccionados por mujeres y uno por un varón. Se puede advertir la influencia de una cuestión que podría vincularse a lo generacional y a una ideología patriarcal, ya que –como se ha mencionado antes-, lxs médicxs de mayor edad –cincuenta años o más-, varones en su mayoría, se han negado a participar, desestimando el valor de la perspectiva de género como herramienta metodológica en la práctica profesional, coincidiendo con estas apreciaciones la colega presente.

Respecto del concepto de Parto Respetado, todxs han dado cuenta de tener noción al respecto. Cabe mencionar que solamente Leonardo ha incluido en la definición a la participación familiar durante el trabajo de parto y a que el mismo se realice sin intervenciones innecesarias.

En cuanto al marco legal que lo sustenta, todxs conocen la normativa correspondiente.

Acerca del espacio físico destinado en el Servicio a tal efecto, todos mencionan dos habitaciones con cuatro camas donde permanecen las parturientas acompañadas por una familiar de sexo femenino, ya que no cuentan con unidades individuales que otorguen mayor intimidad en el proceso.

Con relación a la función de las obstetras, todos han coincidido en que realizan el acompañamiento, control y preparación para el trabajo de parto, parto y puerperio en los embarazos de bajo riesgo –sin complicaciones-.

Con referencia a la diferencia de los médicos obstetras/ginecólogos con las obstétricas, todos destacan la especialización en la materia: “médicos especialistas” así como la atención específica de embarazos y partos de alto riesgo –con complicaciones eventuales-.

En consideración a la figura de las parteras o comadronas informales, dos respuestas abogan por la institucionalización del parto, ya que consideran a los partos no institucionalizados de alto riesgo. Las otras dos respuestas rescatan a dicha figura, en un caso vinculándola a las comunidades originarias, y en ambos casos destacan la dimensión del respeto por el deseo de la embarazada. También en ambos casos señalan la importancia del trabajo conjunto de las comadronas con el equipo de salud, no obstante destacar una de ellas, “siempre y cuando no se reemplace la labor médica”. En cuanto a los prejuicios positivos hacia las comadronas, sólo dos respuestas han consignado que se deben a que ayudan a la parturienta en lo relativo a las inseguridades del proceso y que acompañan en el domicilio, y también a las nociones recibidas al respecto en formaciones de posgrado. En cuanto a los prejuicios negativos hacia las comadronas, las cuatro respuestas coinciden en lo relativo a la falta de profesionalización, prejuicios de índole institucional, religiosa y cultural, y a “resultados a lo largo de la historia” que interpreto se vincula a la alta mortalidad maternoinfantil en la época anterior a los antibióticos y los conceptos de higienismo sanitario. En relación a la posibilidad de que las mismas representen un canal o función empática para con las usuarias, las cuatro respuestas van en la línea afirmativa, algunas señalando aspectos como tolerancia, respeto y discreción que podrían aportar, y la empatía en otro caso.

En la pregunta respecto de la relación o trato que se establece entre la persona gestante y la comadrona, y con el/la profesional sea obstetra o médicx, sólo una respuesta coincidió en que el intercambio será bueno, pero que ello dependerá de la situación en particular, como de cada profesional actuante. Las otras tres respuestas marcaron diferencias, señalando en dos casos que la relación entre la persona gestante y la comadrona será más cercana, con mayor intimidad; en cambio con lxs profesionales será más distante según los niveles de atención, lo cual a su vez dificulta la comunicación. En otra respuesta se calificó de irresponsable el trato con las comadronas y de disminución de riesgo con lxs profesionales.

Por lo que concierne a la consulta sobre la influencia de la formación profesional o de oficio en el trato dispensado a la persona gestante, sólo una de las respuestas consignó la importancia de las herramientas que permiten una mejor comunicación entre “la paciente” y el profesional. Las otras tres respuestas coincidieron en inferir que, a mayor formación, menor riesgo por menor incidencia de errores en el acto médico.

Con respecto de la influencia de la identidad de género de la o del profesional que asiste a la persona gestante, en la relación que se establece entre ambos, dos respuestas consignan que las mujeres embarazadas sienten mayor confianza al ser atendidas por profesionales mujeres, por pudor fundamentalmente. Las otras dos respuestas han sido negativas.

En referencia a la figura de las doulas, sólo dos de las cuatro respuestas refieren conocerlas. Ambxs destacan que no tienen base científica de formación y que no cuentan con gran desarrollo en el país.

Concerniente a la presencia de personas *trans* que se desempeñen laboralmente en el Servicio, al momento no existen. Y respecto de la presencia minoritaria de varones en la función obstétrica, mencionan dos respuestas la reticencia de los mismos a acceder a la profesión por encontrarse generizada/feminizada la labor, y una de ellas señala un supuesto temor ante el incremento de las denuncias de abuso en la sociedad.

En lo que atañe a la articulación de actuaciones profesionales en la temática –médicxs, obstetras, comadronas, doulas- y eventuales incorporaciones de actorxs hasta el momento no consideradx, dos respuestas consignan que el desempeño actual es en equipo de trabajo,

pero de profesionales formales: médicos y obstetras. Y las dos respuestas restantes han sido negativas, en tanto no se cuenta en el Servicio con los instrumentos necesarios.

Sobre las motivaciones y/o vocación profesional, en tres respuestas se valoró la importancia de la díada madre e hijx, la trascendencia de una nueva vida. Y en la respuesta restante se destacó el desarrollo personal, profesional y la disposición de ayudar “prójimo con problemas”.

En alusión a la última pregunta, respecto de la experiencia personal del proceso de embarazo, parto y puerperio, lxs cuatro entrevistadxs respondieron haber atravesado partos institucionales, de los cuales, al menos en una oportunidad se trató de cesárea, un embarazo de alto riesgo con parto prematuro. Todas las experiencias han sido consignadas positivas, excelentes en términos de resultados. Y en el caso de la respuesta aportada por el varón, refiere que la experiencia de haber acompañado a su esposa en la cesárea y luego en la adaptación extrauterina de sus hijas es inolvidable, y por eso remarca la importancia del acompañamiento familiar en el proceso.

- **Enfermeros:**

Las edades de los entrevistados se encuentran comprendidas entre los treinta y cuatro y cuarenta y cinco años. Ambos son varones. Con relación al concepto del Parto Respetado, tienen noción al respecto, destacando uno de ellos el acompañamiento de la persona de confianza de la embarazada.

Ambos identifican la ley nacional que lo establece: Ley N°25929.

Respecto del espacio físico del Servicio destinado a tal efecto, nombran cuatro áreas específicas: Admisión, Dilatante, Parto y Puerperio de Bajo y Alto Riesgo.

En cuanto a su función en el Servicio, uno de ellos destaca su rol jerárquico de “Supervisor de Enfermería”. El otro, consigna “Enfermero de cabecera”.

Con relación a la función de lxs ginecólogxs, ambos refieren que lxs mismxs intervienen en los embarazos de alto riesgo y/o con complicaciones.

Acerca de la función de lxs obstetras, mencionan que intervienen en el control, parto, puerperio de los embarazos de bajo riesgo o “normales” –como se consigna en uno de los casos–.

Con respecto a la opinión de la figura de las comadronas o parteras informales, una respuesta considera factible el trabajo conjunto con las instituciones de salud formal, no obstante señalar que no tienen saber científico. La otra respuesta destaca su importancia en la historia, pero no en la actualidad –“útiles en la historia, hoy no”–. En cuanto a los prejuicios positivos hacia dicha figura, destacan el hecho de la vinculación con la comunidad de la que forman parte, y como prejuicios negativos coinciden ambos en la falta de fundamentos científicos en su labor. En cuanto a la posibilidad de que las mismas representen un canal o función empática con las usuarias, sólo una respuesta se consigna afirmativa, desde una perspectiva territorial –“ciertas comunidades”–.

En la pregunta acerca de la caracterización de la relación que se establece en el trato entre persona gestante y comadrona, sólo una respuesta menciona desconocer tales atribuciones, ya que en la institución no se desempeñan comadronas. En cuanto al trato entre persona gestante y ginecólogx u obstetra, señala que el/la médicx es más intervencionista, y que el/la obstetra brinda más apoyo durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. El otro entrevistado se ha abstenido de responder la consigna.

Sobre la opinión de ambos entrevistados en cuanto a la influencia de la formación profesional o de oficio en el trato dispensado a la persona gestante, uno de ellos respondió de manera negativo –negando que exista tal influencia–, y el otro considera que la formación profesional representaría contar con mayor información para ofrecer a la “paciente”.

Concerniente a la influencia de la identidad de género del/la profesional que asiste a la persona gestante, en lo relativo al trato establecido, en un caso se consignó que es relativa, ya que intervienen factores culturales que definen la preferencia de ser asistidas por personal femenino. En la otra respuesta se consignó que sí existe influencia, vinculándola a la empatía.

Referente a si conocen la figura de las doulas, ambos entrevistados han respondido afirmativamente. En un caso considera que tendrían que ser parte del equipo de trabajo en la institución. En el otro caso se destaca que son mujeres que tuvieron hijos, siendo un rol que cumplen las abuelas.

A la pregunta alusiva a la presencia de personas *trans* que se desempeñen actualmente en el Servicio, ambos han respondido que no las hay.

Vinculado a la posibilidad de articular actuaciones entre las figuras sociales mencionadas, esto es: obstetras, comadronas, ginecólogxs y doulas, en el ámbito de la salud pública, ambas respuestas han sido afirmativas, destacando una de ellas que esto ayudaría a la preparación de la gestante y su familia.

- **Obstetras:**

Las edades de lxs entrevistadxs se encuentran comprendidas entre los veinticinco y treinta y cinco años. De los cuatro cuestionarios obtenidos, tres han sido confeccionados por mujeres y uno por un varón.

Respecto del concepto de Parto Respetado, todxs han dado cuenta de tener noción al respecto. Cabe mencionar que han destacado el protagonismo de la embarazada en el proceso del embarazo, parto y puerperio, el acompañamiento familiar y el privilegio de dichos tiempos fisiológicos.

En cuanto al marco legal que lo sustenta, todxs conocen la normativa correspondiente.

Acerca del espacio físico destinado en el Servicio a tal efecto, sólo en una de las respuestas se confirma la falta de espacio físico adecuado.

Con relación a la función obstétrica, dos respuestas destacan que realizan la preparación integral para la maternidad, control de embarazo normal (bajo riesgo) y consejería sobre salud sexual y reproductiva, entre muchas otras funciones que no detallan. Asimismo señalan pertenecer a un grupo de residentes, siendo una de las entrevistadas, la “Jefa de Residentes”.

Referido al espacio físico específico asignado, dos respuestas refieren una habitación destinada a la residencia obstétrica. También mencionan que la sala que funciona como “maternidad, que es compartida con lxs demás profesionales (médicxs y enfermerxs).

Concerniente a la diferencia de funciones entre lxs médicos obstetras/ginecólogxs con lxs obstetras, coinciden en que lxs médicxs atienden la patología de las mujeres, sean embarazadas o no, como así también la atención de los embarazos de alto riesgo. Una respuesta destaca la formación médica “más” intervencionista y la evaluación del trabajo de parto y parto más natural por parte del personal obstétrico.

Sobre la figura de las parteras o comadronas informales, una de las respuestas menciona no tener postura al respecto. Otra se ha abstenido de expresar opinión. Las dos restantes presentan aspectos positivos como la ayuda que brindaban, pero señalan la falta de conocimientos científicos como factor preponderante. En cuanto a los prejuicios positivos hacia las comadronas, sólo dos respuestas han consignado cuestiones vinculadas a la detección precoz del embarazo, identificación de riesgos, control prenatal, y la posibilidad de que pueda propiciar cambios “positivos” en el otro. En cuanto a los prejuicios negativos hacia las comadronas, no constatan ninguno. Con relación a la posibilidad de que las mismas representen un canal o función empática para con las usuarias, las cuatro respuestas van en la línea afirmativa.

En la pregunta respecto de la relación o trato que se establece entre la persona gestante y la comadrona, y con el/la profesional sea obstetra o médicx, de las tres respuestas obtenidas, las mismas coinciden en la relación subjetiva y empática que se establece entre las comadrona y la embarazada, siendo de tinte más objetiva en el caso de lxs profesionales, el trato es más “sencillo” en el primer caso, y sistematizado o protocolizado en el segundo. Destacando la falta de control y que está basado en la experiencia en el primer caso, y basado en la evidencia científica, con buen control de seguimiento de la gestante en el segundo caso.

Vinculado a la consulta sobre la influencia de la formación profesional o de oficio en el trato dispensado a la persona gestante, las cuatro respuestas se han consignado como

afirmativas. Destacando en dos ocasiones que la formación constante brinda atención de calidad a la “paciente”, y porque se manejan “dos vidas”.

En cuanto a la influencia de la identidad de género de la o del profesional que asiste a la persona gestante, en la relación que se establece entre ambos, tres de las cuatro respuestas han sido negativas, con una abstención de opinión.

Con relación a la figura de las doulas, sólo dos de las cuatro respuestas refieren conocerlas. Ambxs destacan que no tienen base científica de formación y que deberían formarse/capacitarse al respecto. Sólo una respuesta consignó que resulta necesaria su incorporación al plantel de salud.

Acerca de la presencia de personas *trans* que se desempeñen laboralmente en el Servicio, al momento no existen. Y en relación a la presencia minoritaria de varones en la función obstétrica, señalan que, al presente, hay varios varones ejerciendo la profesión.

En alusión a la articulación de actuaciones profesionales en la temática –médicxs, obstetras, comadronas, doulas-, y eventuales incorporaciones de actorxs hasta el momento no consideradx, dos respuestas se consignan afirmativas, y las dos restantes negativas. Destacando en ambos casos la falta de habilitación y formación científica en las figuras de las doulas y las comadronas o parteras informales.

- **Doulas:**

Ambas entrevistadas son mujeres de cuarenta y cinco y cuarenta y seis años, respectivamente. Al momento no se desempeñan en su función de doulas. Son profesionales del área de Salud –médica y psicóloga-. Una de ellas es madre de dos hijos, la otra no ha experimentado partos al momento.

Respecto del concepto de Parto Respetado, ambas han dado cuenta de tener noción al respecto. Cabe mencionar que han destacado el protagonismo de la persona gestante y su autonomía en la elección del momento del embarazo, parto y puerperio, con plena información para el ejercicio de parir: situación, posición, persona acompañante. Destaca una de ellas que el fin es poder desmedicalizar dicho proceso fisiológico.

En cuanto al marco legal que lo sustenta, una de ellas conoce la normativa correspondiente.

Con referencia a la figura de lxs ginecólogxs, ambas coinciden en que no tienen la preparación adecuada para el acompañamiento al parto natural, sosteniendo una posición patologizante. Destaca una de las respuestas que, debido a la formación dentro del modelo médico hegemónico, se observa en estxs especialistas la falta de perspectiva de género, y de derechos, misoginia, violencia obstétrica, por lo tanto, su figura en ese paradigma obstaculiza el proceso de embarazo en términos de autonomía, generando miedo y temores en la persona gestante y sus familiares.

Acerca de la figura de la/el obstetra, una respuesta señala que son las herederas de lo que antes eran las parteras, ya como figura profesional. La otra respuesta señala que si bien están subalternizadas en el equipo de gineco-obstetricia, no se diferencian del rol que ejercen lxs profesionales médicxs ginecoobstetras, debido a la formación dentro del ya mencionado modelo médico hegemónico.

Sobre la figura de las parteras o comadronas informales, ambas respuestas coinciden en que poseen un saber vivencial y experimental respecto del parto y su acompañamiento. Destaca una de las respuestas los saberes ancestrales o transmitidos generacionalmente, aspecto que revaloriza como empírico y humanizante. En cuanto a los prejuicios positivos, destacan que son “excelentes” para la atención del parto, así como el acompañamiento y la calidez al momento de asistir a la embarazada. Los prejuicios negativos se relacionan con los límites determinados por las eventuales complicaciones obstétricas que podrían presentar y requerir de la intervención médica. Señala una de las respuestas la mala fama asociada a las ideas higienistas de la modernidad. Respecto de la posibilidad de que representen un canal o función empática para con las personas asistidas, ambas respuestas son contundentes y afirmativas.

En la pregunta respecto de la relación o trato que se establece entre la persona gestante y la comadrona, y con el/la profesional sea obstetra o médicx, las dos respuestas coinciden en la cercanía establecida entre la persona gestante y la comadrona u obstetra, que se torna distante con el/la ginecólogx.

Con relación a la consulta sobre la influencia de la formación profesional o de oficio en el trato dispensado a la persona gestante, ambas respuestas han sido negativas.

Concerniente a la influencia de la identidad de género de la o del profesional que asiste a la persona gestante, en la relación que se establece entre ambos, una de las respuestas consigna que la experiencia de percibirse mujer, transitar la femineidad, haber tenido hijos e hijas, influye de manera positiva, creando empatía e identificación con la persona gestante. La otra respuesta consigna que es necesario deconstruir los estereotipos de género y la formación que recibimos como profesionales de la salud para poder despojarnos de prejuicios e ideas que entorpecen una vinculación respetuosa y saludable para con la persona que atraviesa el proceso de embarazo, parto y puerperio, cualquiera sea su autopercepción genérica.

Vinculado a la función de la doula, ambas respuestas consignan el acompañamiento psicológico y emocional del embarazo, parto y puerperio. Una de ellas destaca que no intervienen en los procedimientos asociados al parto.

En el aspecto de la formación /capacitación recibida, una de ellas se ha formado en cursos e institutos formales de Barcelona, y también ha acompañado y trabajado junto a una obstetra. La otra doula ha recibido formación empírica, no formal, acompañando a comadronas de la ciudad de Córdoba y también en pueblos originarios de Formosa.

Acerca de la región geográfica y lugares físicos donde se han desempeñado, una de ellas no ha ejercido la profesión, y la otra, como se mencionó, ejerció acompañamientos en la ciudad de Córdoba y en parajes originarios de la provincia de Formosa.

En lo que atañe a la experiencia de los acompañamientos realizados, una respuesta consigna haber realizado sólo un acompañamiento requerido como práctica, y la otra menciona una experiencia muy emotiva, de mucha “cercanía espiritual”, mucha ternura y mucha alegría al concretarse el nacimiento. Las herramientas que brindan son la apertura y disponibilidad emocional, el tiempo que se precisa en el proceso. Mediante el trabajo interior de elaboración de dichos cambios corporales y psicológicos.

Con respecto a la presencia de personas *trans* que se desempeñen actualmente en esa función, lo desconocen. Destacando una respuesta que puede ser que aún no se sientan del todo convocadxs a participar en estas actividades, consideradas primordialmente “femeninas”.

Sobre la posibilidad de articular actuaciones profesionales en esta área, en el ámbito de salud pública, ambas respuestas se consignan afirmativas. Destacando que la función de las doulas es la del acompañamiento personalizado de la persona gestante, en tanto puede contribuir a disminuir tensiones y mejorar los resultados en términos de procedimientos requeridos.

En base a las respuestas obtenidas, se puede inferir que el paradigma sanitario de abordaje del Parto Respetado es conocido por lxs actorxs sociales consultadxs. No obstante, se vislumbra que aún no se encuentra del todo integrado al concepto de ciudadanía. Si bien lxs profesionales mencionan aportar la información correspondiente a lo largo del proceso del embarazo, parto y puerperio, y las usuarias por su parte, también lo señalan, no surge de manera cabal que la misma sea brindada –o comprendida– de manera completa.

Si bien los deseos de las personas gestantes son considerados por lxs profesionales actuantes, prima aún la mirada médica hegemónica al momento de definir las condiciones en las que se llevará a cabo el parto, destacándose en este sentido aspectos de organización y espacios edilicios que limitarían las posibilidades de acceso pleno a las indicaciones dadas en la ley. Asimismo, el término utilizado en algunas respuestas dadas por lxs profesionales, da cuenta de ello, ya que aún se refieren a lxs usuarixs como “pacientes”. Este término proviene del latín *patiens*, *pathos*, que significa padecer, sufrir.³⁶ Paciente es el –o la– que padece, el –o la– que atraviesa una enfermedad no siempre la padece, y no siempre sufre. Sin embargo, conforme la medicina ha evolucionado, ha cambiado también la situación del/laenfermado respecta a siglos pasados, reduciéndose significativamente su sufrimiento, avanzando en el tratamiento del dolor y de condiciones clínicas terminales. Es por ello que actualmente el término se refiere a aquel/lla que tiene “paciencia” para soportar los largos períodos de espera de atención sanitaria. Es el/la que padece porque espera. Por

³⁶Definición de Paciente. Recuperado de: <https://conceptodefinition.de/paciente/> Consultado el 18 de noviembre de 2019.

otra parte, el término “usuariix” hace referencia al sistema sanitario como parte de un sistema burocrático-administrativo, lo cual, también torna en algún aspecto impersonal el vínculo que se establece. Sin embargo, a través del uso de esta denominación se busca definir un tipo de relación más igualitaria entre lxs profesionales y las personas que acuden al sistema de salud, destacando de alguna manera, el poder de decisión y elección autónoma de la persona que solicita asistencia sanitaria en las vicisitudes propias, y eventuales complicaciones, de su ciclo vital.

También se ha podido advertir que las intervenciones profesionales se desarrollan de manera fragmentada, si bien comparten algunos aspectos en el proceso, se encuentran bien definidas y delimitadas las acciones y alcances de cada disciplina, advirtiéndose escasos espacios de interacción e intercambio articulados (sala de maternidad). Esto a su vez es sostenido desde la formalidad burocrática, ya que lxs obstetras se desempeñan como “auxiliares” de lxs médicxs, al igual que lxs enfermerxs, lo cual propicia una relación jerárquica y desigual entre estxs actorxs, que podría interferir en el clima de trabajo.

Por su parte, las usuarias del servicio sostienen desde sus respuestas una actitud de subordinación ante las sugerencias profesionales, no advirtiéndose un proceso de elaboración de su rol activo en la construcción de la alternativa de abordaje de sus respectivos partos. Aún mantienen las ideas “higienistas” previas respecto de la mayor seguridad en cuanto a posibilidades de infección por gérmenes o ante las eventuales complicaciones que pudieran presentarse sin poder ser previstas con antelación, y los riesgos que tales contingencias conllevan. Si bien conocen la posibilidad que les brinda la ley de ser acompañadas por una persona de su elección en el momento del parto, se alinean al discurso de lxs profesionales en lo relativo a la escasez del espacio físico disponible, y por lo tanto, a la limitación “natural” de la elección de personas acompañantes de género femenino. Sin ofrecer o plantear otras alternativas de resolución de tal circunstancia.

Con respecto a la figura de las comadronas, es mayoritaria la opinión negativa sostenida tanto por profesionales como por usuarias, no obstante destacar, en algunas respuestas, la cercanía de dicha figura en ciertas comunidades, entendidas como el contexto rural alejado de la zona urbana, o bien pertenecientes a pueblos originarios. Lo cual se asocia también a la vinculación de la comadrona con lo marginal, lo periférico y lo central y lo formal

conformado por lxs médicos, lxs obstetras y lxs enfermerxs –lxs profesionales–. Se distinguen también las poblaciones asistidas en ambos sectores: zonas urbanas –centro– donde las embarazadas pertenecen a clases sociales populares media baja y baja, y zonas alejadas: rurales y originarias –periferia–, donde la mayoría de las personas asistidas son de clases populares bajas. Estas categorías forman parte del pensamiento desarrollista latinoamericano, que a partir del análisis de la situación mundial del comercio internacional, se refiere a las desigualdades sociales y económicas y su desigual distribución espacial. Hablándose en este sentido de países centrales y países periféricos, en base a un orden económico y político mundial integrado por un centro industrial y hegemónico, por lo tanto financieramente exitoso, el cual determina transacciones económicas desiguales con una periferia agrícola, subordinada, dependiente, y por lo tanto pobre.³⁷

Es notorio el énfasis dado por lxs entrevistadxs a la formación científica de las figuras sanitarias indagadas, ya que de esta manera es legitimado su desempeño, esto es: médicxs, enfermerxs y obstetras, que son reconocidos y cuentan con el prestigio correspondiente. En contraposición a las comadronas o parteras informales y doulas, que son desestimadas por su falta de formación formal educativa, y percibidas con cierto grado de desconfianza. Esto también se interpreta de la preferencia nominal de lxs licenciadxs en obstetricia, que elijen ser llamados obstetras, en franca cercanía a la denominación de la dicha especialidad médica. Aun coincidiendo la mayoría de las expresiones en cuanto al trato empático, cercano, afectuoso que se establece con las doulas, y –en gran medida– con las obstetras institucionales, así como la frialdad atribuida al trato con ginecólogxs, e incluso, destacándose ciertas actitudes violentas como falta de tiempo en la consulta en consultorio o por guardia, o la escasez de la información brindada, se puede advertir que las representaciones sociales sobrevaloran el aspecto de formación científica, en menoscabo de otros aspectos que también hacen al desempeño profesional y al abordaje correspondiente,

³⁷Carlos Escobar Rebollo (2014) destaca la filosofía de la liberación señalada por Enrique Dussel, quien menciona que el mensaje parte desde la periferia (fronteras) y de las zonas abandonadas, y se dirige al centro dominador como aporte crítico subversivo. Según el autor, consiste en una filosofía comprometida con las zonas marginadas (y por lo tanto su población) del sistema central. Asume una ética material, para la cual la vida, como valor (vivir bien o buen vivir para los pueblos originarios) es por el que hay que luchar.

tales como la exigencia de un trato amable, respetuoso, que tienda a una relación dialógica y no paternalista por parte de lxs profesionales hacia las personas consultantes.

Otro aspecto de marcada relevancia, al hablar de derechos sexuales y reproductivos, corresponde a lo expresado en una respuesta dada por una obstetra, donde menciona la importancia de contar con los conocimientos y la formación profesional adecuada en la temática, ya que se manejan “dos vidas”. Esta expresión se asocia claramente a la posición clerical³⁸ (de supuesta superioridad moral) de sectores antiderechos, que se nuclean bajo el lema “Salvemos las dos vidas”, surgidos luego de la presentación del proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en nuestro país. Sus adeptxs han recurrido simbólicamente al uso del “pañuelo celeste” para distinguir esta postura de oposición a la legalización del aborto, autodenominándose “pro vida”. En franca oposición a la difusión y militancia que llevan a cabo activistas de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, quienes utilizan el “pañuelo verde” como símbolo de identificación.³⁹ Esta postura de pretendida defensa de las “dos vidas”, compartida por la mayoría de lxs profesionales de dicho Servicio, que se identifican como objetores de conciencia. Sin embargo, Chaco ha adherido al Protocolo Nacional de Interrupción Legal del Embarazo,⁴⁰ por lo cual, este contexto institucional –aun en el marco de las normativas vigentes previamente mencionadas–, continúa siendo un obstáculo que precisa ser revisado y abordado sin demoras para lograr el ejercicio integral de derechos contemplados en nuestra Constitución Nacional, desde una mirada democrática de pluralismo moral⁴¹ y respeto por los DDHH.

³⁸Es una modalidad de comportamiento político que puede manifestar el clero de una religión, o varias, en un estado laico, para ejercer presión social y así favorecer sus intereses institucionales y materiales e incrementar su poder. Recuperado de: <http://www.eumed.net/diccionario/definicion.php?dic=3&def=196> Consultado el 10 de febrero de 2020.

³⁹Debate: “Así nació el pañuelo celeste que identifica a quienes están en contra del aborto legal”. Fuente: Télam. Recuperado de: Diario Clarín, 16/05/18 https://www.clarin.com/sociedad/nacio-panuelo-celeste-identifica-aborto-legal_0_Sys4g150f.html Consultado el 30 de enero de 2020.

⁴⁰“Chaco: una de las 11 provincias adheridas al protocolo de ILE”. Recuperado de: Chacodigital, 13/12/19 <https://www.chacodigital.com.ar/sociedad/2019/12/13/chaco-una-de-las-11-provincias-adheridas-al-protocolo-de-ile-7391.html> Consultado el 30 de enero de 2020.

⁴¹El concepto filosófico de pluralismo moral surge de sus características de ser un hecho sociológico y un principio democrático. Como un hecho, describe la diversidad de creencias y valores sobre el “vivir bien”. Como un principio, garantiza que diferentes comunidades coexistan en una misma sociedad, ya que las personas deben ser libres para conducir sus vidas de acuerdo con sus creencias, siempre que éstas respeten los principios democráticos (Diniz, 2011).

7) CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, segunda en importancia política y comercial de la provincia de Chaco, tiene actualmente una población estimada en noventa y nueve mil cien habitantes, según los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina en el año 2015. Por su ubicación geográfica, se encuentra en el centro chaqueño, cuenta con un nosocomio público de referencia “Hospital 4 de Junio Ramón Carrillo”, de complejidad VI, que recibe derivaciones desde diversas localidades vecinas, y de otras provincias cercanas como Santiago del Estero. Económicamente la ciudad se sustenta principalmente de la producción agropecuaria, destacándose el cultivo del algodón y la soja, si bien es cierto que en los últimos años –a partir de 2011- se ha instalado un creciente parque industrial en las cercanías de la ciudad. En el aspecto cultural, es una región que ha recibido a muchas comunidades de inmigrantes, siendo destacada la participación de las colectividades checa, polaca, croata, y montenegrina, entre otras. También conforman la ciudad, comunidades gitanas y de pueblos originarios. Por lo cual, podría asegurarse con escaso margen de error, que Presidencia Roque Sáenz Peña, es un crisol multicultural.

De los datos obtenidos del trabajo realizado con profesionales y usuarias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital mencionado, se puede inferir que todo el plantel profesional cuenta con conocimientos relativos al marco legal nacional y provincial vigente de Parto Respetado. La incorporación de la figura del/la obstetra en el equipo profesional de dicho servicio, junto a lxs médicxs y lxs enfermerxs, ha significado un sensible avance en lo relativo al abordaje del proceso embarazo/parto/puerperio bajo este paradigma. No obstante advertirse diversos obstáculos que limitan el cumplimiento efectivo de lo establecido por las normas legales.

Las funciones, espacios físicos y lugares de desempeño profesional se hallan delimitados en base a la capacidad y/o preparación recibida para afrontar situaciones de complicaciones clínicas, ya que las obstetras se ocupan de los partos “normales” y lxs ginecólogxs de los partos complicados y quirúrgicos. Tienen también salas de estar diferenciadas entre las residencias de Ginecología y Obstetricia, respectivamente, donde realizan actividades cotidianas educativas y laborales en forma separada, en su mayoría.

El grupo de lxs enfermerxs han sido quienes se han mostrado más reticentes a participar en los cuestionarios realizados, sin acceder a responder las mujeres de dicho espacio profesional. Lo cual podría interpretarse como una falta de interés por ofrecer información sanitaria que podría interpelar ciertas prácticas o paradigmas que aún persisten y no se condicen con el marco legal vigente. Lo curioso es que siendo el parto el momento “femenino” por definición, han sido justamente mujeres quienes no han accedido a expresar sus vivencias o experiencias al respecto.

Las usuarias destacan la disponibilidad y la cercanía de lxs obstetras al momento de parir, ya que son ellxs quienes realizan la preparación previa, mediante charlas magistrales que se dictan semanalmente.

Las referencias a limitaciones materiales, económicas y de espacio físico, han sido un denominador común en las personas consultadas.

También se ha destacado que persisten prácticas profesionales violentas, que precisan de herramientas de capacitación en perspectiva de género y respeto por los derechos humanos.

Si bien no se ha profundizado respecto de la información profesional brindada, y la información recibida –o comprendida– por las usuarias, se pueden advertir limitaciones asociadas a tiempos de consultas, y también respecto de temores profesionales ante eventuales demandas judiciales que podrían presentarse, lo cual denota una falta de claridad respecto de los términos que implican lo contenido en la ley provincial y nacional de parto respetado. Siendo esto, un aspecto fundamental a indagar a los efectos de abordar de manera efectiva los obstáculos que impiden el ejercicio pleno del derecho contemplado en la mencionada ley. Vinculado a ello, otra línea de investigación podría ir dirigida a contemplar las fuentes de información de lxs usuarixs de salud pública –además de la representada por lxs profesionales sanitarios–, para determinar, de ser posible, el papel que

podría jugar al respecto la Educación Sexual Integral –Ley 26.150– en el contexto escolar, que, al presente,⁴² enfrenta diversos obstáculos para su implementación real y concreta.

Esta información se vincula de manera directa con el concepto de ciudadanía, ya que su escasez o falta necesariamente implica un menoscabo en el ejercicio de derechos constitucionalmente reconocidos. Y esto, a su vez, genera asimetría, dominación y violencia, en cualquiera de sus formas: simbólica (el/la profesional como poseedor de un saber que la otra persona no posee), moral (el/la profesional define lo que se debe hacer en función de ese saber, desestimando la opinión de la persona que asiste, de manera paternalista), psicológica (el poder profesional genera inhibición y dependencia ya que se encuentra legitimado institucionalmente) y física (violencia obstétrica: procedimientos y prácticas invasivas en el cuerpo de las personas gestantes).

Con respecto a figuras soslayadas que también intervienen en el proceso de parrear, la comadrona o partera informal es vinculada por lxs consultadxs hacia aspectos sanitarios negativos tales como mayores riesgos de complicaciones por falta de higiene o conocimientos necesarios. Se destaca su participación en contextos marginales: rurales alejados o de pueblos originarios. Lo cual coincide con la lógica económico-social capitalista de hegemonía central profesionalizada, y marginalidad periférica, oprimida y empírica, avasallada por el saber científico omnipotente. Figura que, a su vez, puede ser resignificada como una práctica de resistencia ancestral válida y que pone en evidencia la desigualdad en el acceso a servicios humanos básicos como la salud.

Otro punto importante que surge del análisis de esta categoría social es que de alguna manera lxs obstetras no se sienten identificadxs o vinculadxs con la labor de las comadronas en el pasado. Si bien pueden apreciar el reconocimiento de las mismas en la historia de la obstetricia, ningunx de lxs consultadxs ha equiparado la labor actual de lxs profesionales obstétricxs con la tarea que anteriormente desempeñaban las parteras o comadronas. De sus expresiones surgen como diferencias básicas la falta de formación científica y la relación más cercana y de intimidad que establecían las parteras o

⁴²Educación Sexual: cuál es la situación y quiénes se oponen. Fecha 09-04-19. Recuperado de: <https://chequeado.com/el-explicador/educacion-sexual-cual-es-la-situacion-y-quienes-se-oponen/> Consultado el 10 de enero de 2020.

comadronas con las embarazadas. Esto puede deberse a un posicionamiento desde lo discursivo universitario, es decir a la escasa conexión que se establece desde los claustros donde se imparten los conocimientos científicos, hacia la experticia empírica que anteriormente poseían las parteras o comadronas. Así como al supuesto rasgo impersonal y objetivo que debe tener la relación médico-paciente, o bien profesional de la salud-usuarios/as. Ambos aspectos constitutivos del ya mencionado Modelo Médico Hegemónico. Y también a la falta de transmisión generacional de relatos familiares o comunitarios experienciales relativos a los partos domiciliarios que se realizaban en el pasado, ya que desde los años cincuenta del siglo XX, aproximadamente, se había difundido y establecido de manera oficial el parto institucional público o privado en el país. Esto surge de las respuestas dadas por lxs profesionales como así también por las usuarias consultadas.

En cuanto a las doulas, esta figura sanitaria es poco conocida en la población consultada, ya que no existen experiencias laborales de este tipo en la ciudad. Las nociones expresadas son atribuidas a referencias bibliográficas. Sin embargo, es mayoritaria la opinión positiva respecto de su eventual incorporación al equipo sanitario obstétrico, ya que coinciden en valorar su aporte como sostén o apoyo emocional de la persona gestante. Esto también sucede, en menor medida, con las comadronas, aun cuando coinciden las expresiones en que precisarían algún tipo de formación profesional para desempeñarse a nivel nosocomial. Lo cual podría dar lugar a una interesante línea de investigación –y articulación– al respecto.

En cuanto a conceptos tales como maternidades y familias diversas: varones –y mujeres– *trans*, familias homoparentales, familias monoparentales por elección, maternidades múltiples, co-parentalidades, debido a la ausencia de contacto de las personas consultadas con integrantes de estas configuraciones identitarias y familiares, no se ha podido recabar información concreta al respecto. No obstante advertirse que, de la relativamente escasa participación obtenida, teniendo en cuenta la convocatoria realizada, existen condicionamientos político/ideológicos observadas en dos dimensiones: edad (las personas mayores de cuarenta y cinco años no accedieron a participar, tanto profesionales varones y mujeres, como usuarias), género (como se ha mencionado la negativa de las

enfermeras mujeres para realizar los cuestionarios). Lo cual, representa una importante punta de iceberg para indagar dicho estado de situación en profundidad, y a futuro.

En la búsqueda y construcción de una sociedad igualitaria, se trata de deconstruir el maternaje, *maternizando* a la sociedad, y no sólo a las mujeres. Estratégicamente resulta necesario hacer real el ejercicio del derecho de las personas gestantes, de poder pensar, elegir y decidir cómo y cuándo atravesar el proceso de embarazo, parto y puerperio. Un ciclo o proceso vital fisiológico, natural, que debiera ser simple y maravilloso, se ha tornado, sin embargo, complejo y medicalizado.

Para ello es necesario el accionar de un Estado presente con políticas públicas, instituciones y profesionales formadxs con perspectiva de género. Y al Estado lo conformamos todas, todos y todes.

Teniendo en consideración lo expuesto, se podría conjeturar que Presidencia Roque Sáenz Peña se encuentra aún en trabajo de parto en materia de ciudadanía en el plano de derechos sexuales y reproductivos, en pleno período de dilatación. Las contracciones son intensas y frecuentes, pero aún no llegamos al período expulsivo...tenemos que seguir amorosa y colectivamente pujando.

Sin miedos, con confianza, ya que como buenxs brujxs, conocemos la inmensa magia y poder de los aquelarres juntxs.

8) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHA, Omar (2013). *Socialismo desde abajo*. Compilación. Buenos Aires, Argentina, Ediciones Herramienta.

ALDAO, Joaquín Alberto y DAMIN, Nicolás Javier (2013). Populismos latinoamericanos en el siglo XX. Apuntes para la actualización de un debate. *Historia Caribe - Volumen VIII* N° 23 - Julio-Diciembre 2013, pp 149-169. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hisca/v8n23a06.pdf> Consultado el 05 de mayo de 2019.

ANDALZÚA, Gloria (1999). *Borderlands/La frontera: the new mestiza. Introducción por Sonia Saldivar-Hull*. AuntLuteBooks, Segunda ed., San Francisco.

Antiguo Testamento, Génesis 3:16. Recuperado de: <https://bibliaparalela.com/genesis/3-16.htm> Consultado el 26 de febrero de 2019.

ARGÜELLO-AVENDAÑO, Hilda E.; MATEO GONZÁLEZ, Ana. “Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años”. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 13-29. San Cristóbal de las Casas, México. Recuperado de: https://documentslides.org/the-philosophy-of-money.html?utm_source=laminar-estudios-sociales-y-humanisticos-issn-centro-de-estudios-superiores-de-mexico-y-centro-america-82dxe0psA Consultado el 19 de noviembre de 2018.

BARTRA, Eli (Comp.) (1998). Debates en torno a una metodología feminista. *Sociológica*, año 14, número 39, Reforma institucional y gobiernos locales, Enero-abril de 1999. Recuperado de: www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/pdf Consultado el 15 de noviembre de 2018.

BIBLIOTECA FEDERAL, *Ugarte Manuel. La patria grande*. 1era ed, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2010. Recuperado de: <http://www.elforjista.com/Manuel%20Ugarte%20-%20La%20Patria%20Grande.pdf> Consultado el 10 de abril de 2019.

BIGLIA, Bárbara y VERGÉS-BOSCH, Núria (2016). Cuestionando la perspectiva de género en la investigación. REIRE, Vol. 9, núm. 2, julio 2016. Recuperado de: https://www.iiiedg.org/ca/xarxa-excel-lencia/2016_Biglia_Verge_Preguntas.pdf Consultado el 15 de noviembre de 2018.

BREILH, Jaime; IRIRAT, Celia; WAITZKIN, Howard; ESTRADA, Alfredo y MERHY, Emerson Elias. “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. Revista Panamericana de Salud Pública, 12 (2) (2002): 128-136. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10644/3569> Consultado el 20 de mayo de 2019.

CASTRILLO, Belén (2016). De partos y derechos en el camino hacia la humanización. VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, 27 al 29 de julio de 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf Consultado el 20 de julio de 2019.

DE BEAUVOIR, Simone (2017). *El Segundo Sexo*. (15ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Debolsillo.

DE LAURETIS, Teresa (1989). “La tecnología de género”. Tomado de Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction, London, Macmillan Press, 1989, págs. 1-30. Recuperado de: http://www.uepc.org.ar/conectate/wp-content/uploads/2015/03/Tecnologias_del_Genero-De-Laurentis.pdf Consultado el 16 de septiembre de 2018.

DINIZ, Débora. (2011). Ética, aborto y democracia. Perspectivas Bioéticas. FLACSO Argentina. Perspectivas Bioéticas 2010. Nobuko. Año 15, N° 28-29: 104-108. Recuperado de: <http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/31> Consultado el 10 de febrero de 2020.

EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deirdre (1973). *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*. Editorial La Sal, Barcelona, 1981.

ESCOBAR REBOLLO, Carlos (2014). "La filosofía de la liberación de Enrique Dussel". Disponible en Revista Vinculando: http://vinculando.org/articulos/sociedad_america_latina/filosofia-de-la-liberacion-enrique-dussel.html Consultado el 12 de julio de 2019.

FEDERICI, Silvia (2014). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Madrid: Traficantes de sueños.

FIRESTONE, Shulamit (1976). *La dialéctica del sexo*. Edición en español, Barcelona: Kairós.

FOUCAULT, Michel (2008). *La vida de los hombres infames*. (9ª Ed.). Argentina: Altamira.

GILLIGAN, Carol (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.

Glosario de Conceptos Políticos Usuales. Recuperado de: <http://www.eumed.net/diccionario/definicion.php?dic=3&def=196> Consultado el 10 de febrero de 2020.

Guía Para el uso de un Lenguaje No Sexista e Igualitario en la HCDN. Recuperado de: https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dprensa/guia_lenguaje_igualitario.pdf Consultado el 19 de marzo de 2017.

HARAWAY, Donna Jeanne (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, Ediciones Cátedra, S. A.

HARDING, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid, Ediciones Morata, S. L.

Informe Sobre Desarrollo Humano 2019. PNUD Argentina. Recuperado de: <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home.html> Consultado el 23 de enero de 2020.

KOLHBERG, Lawrence (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao, Desclée De Brouwer.

KRIEGER, Peter (2004). La deconstrucción de Jaques Derrida (1930-2004). Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas, Núm. 84, 2004. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aiie/v26n84/v26n84a9.pdf> Consultado el 26 de agosto de 2019.

KUHN, Thomas (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. (Octava reimpresión). Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

LAGARDE Y DE LOS RIOS, Marcela (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. (4ª Ed.). Coyoacán, México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

LAGARDE Y DE LOS RIOS, Marcela (2012). *El Feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. México, D. F.: Gobierno del distrito Federal. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Recuperado de: <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/ElFeminismoenmiVida.pdf> Consultado el 08 de agosto de 2019.

LAGARDE Y DE LOS RIOS, Marcela (1996). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Madrid, Horas y Horas.

LARGUÍA, Miguel A. y otrxs (2012). *MATERNIDAD Segura y Centrada en la Familia (MSF) con enfoque intercultural*. 2da Edición. Buenos Aires, Argentina, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf> Consultado el 03 de febrero de 2020.

LEBOYER, Frederick (2008). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid, Mandala Ediciones.

LOIS, Ianina. (2018) “Arqueología del parto en Buenos Aires”. *Revista Zigurat*. Recuperado de: <http://revistazigurat.com.ar/arqueologia-del-parto-y-el-nacimiento-en-buenos-aires/> Consultado el 17 de octubre de 2018.

LUGONES, Maria (2008). “Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial”, en Mignolo, Walter. *Género y descolonialidad*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

MARTINEZ, Ariel (2018). Identidad y cuerpo en la trama del sujeto sexo-generizado: Del psicoanálisis norteamericano a Judith Butler. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 389 p. Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/perfiles/0861MartinezA.html> Consultado el 18 de noviembre de 2018.

MENENDEZ, Eduardo (1988). Ponencia: Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_r ol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf Consultado el 13 de junio de 2019.

MARTIN, Ana Laura (2018). Partear y cuidar en Buenos Aires (1877-1920). Una aproximación comparativa. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 18 (1), e061. Recuperado de: <https://doi.org/10.24215/2314-257Xe061> Consultado el 10 de diciembre de 2018.

MILLET, Kate (1995). *Política sexual*, trad. Ana María Bravo García. Madrid: Cátedra.

OIBERMAN, Alicia y PAOLINI, Cintia. (2018). Maternaje. Enciclopedia de Salud Mental, Fundación Aiglé. Primera Edición, ISSN 2618-5628. Recuperado de: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=45&idtt=97> Consultado el 22 de septiembre de 2019.

ODENT, Michel (2009). *El bebé es un mamífero*. (3ª Edición). Tenerife, ObStare.

PATEMAN, Carole (1988). *El contrato sexual*. México: ANTHROPOS -UAM, 1995 (1988) Capítulos 1, 2, pp. 9-29 Y 31-57. Recuperado de: https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/pateman_el_contrato_sexual_0.pdf Consultado el 14 de abril de 2019.

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud. 2da. Edición (2015). Recuperado de: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf Consultado el 29 de diciembre de 2019.

RICH, Adrienne (1978). *The Dream of a Common Language*. New York City, W. W. Norton & Co.

RICH, Adrienne (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid, Traficantes de Sueños.

RIVERA CUSICANQUI, Silvia (2010). *Sociología de la imagen*. Buenos Aires, Argentina: Tinta limón.

SCOTT, Joan Wallace (1990). El Género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Autores: Amelang, James S. y Nash, Mary. Valencia, España: Institució Alfons el Magnànim.

SEGATO, Rita (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

SMALDONE, Mariana (2014). Un legado beauvoiriano: El trabajo doméstico en la perspectiva del feminismo materialista de Christine Delphy. *La manzana de la discordia*, 9 (1):7-29.

SMALDONE, Mariana (2017). Representaciones femeninas en la producción literaria de escritoras argentinas entre los años 50 y 60: aproximaciones desde la intersección de género, clase y etnia como aporte a la educación en géneros y sexualidades. Trabajo final integrador. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1546/te.1546.pdf> Consultado el 13 de febrero de 2019.

WITTIG, Monique (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona, Egales. Editorial Gai y Lesbiana.

8) a) OTRAS FUENTES BIBLIOGRAFICAS

“Chaco sigue siendo la provincia con más analfabetxs, con una tasa del 5,5% del total de habitantes, según lo registrado en periódicos regionales”. Recuperado de: Diario La Nación, 02-09-11 <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hay-100-mujeres-por-cada-95-hombres-nid1402693> y DW Noticias, 08-09-19 <https://www.dw.com/es/analfabetismo-cuando-falta-el-estado/av-50345411> Consultados ambos el 27 de mayo de 2019.

“Chaco: una de las 11 provincias adheridas al protocolo de ILE”. Recuperado de: Chacodigital, 13/12/19 <https://www.chacodigital.com.ar/sociedad/2019/12/13/chaco-una-de-las-11-provincias-adheridas-al-protocolo-de-ile-7391.html> Consultado el 30 de enero de 2020.

Debate: “Así nació el pañuelo celeste que identifica a quienes están en contra del aborto legal”. Fuente: Télam. Recuperado de: Diario Clarín, 16/05/18 https://www.clarin.com/sociedad/nacio-panuelo-celeste-identifica-aborto-legal_0_Sys4g150f.html Consultado el 30 de enero de 2020.

Definición de Clericalismo. Recuperado de: <http://www.eumed.net/diccionario/definicion.php?dic=3&def=196> Consultado el 10 de febrero de 2020.

Definición de Paciente. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/paciente/> Consultado el 18 de noviembre de 2019.

Documento de Parto Domiciliario de SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires) y Adhesión al mismo por parte de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Recuperados de: <http://www.sogiba.org.ar/index.php/component/content/article?id=240> y <https://www.sap.org.ar/novedades/144/parto-domiciliario-adhesion-sap-al-documento-sogiba.html>, respectivamente. Consultados ambos el 28 de enero de 2020.

“Educación Sexual: cuál es la situación y quiénes se oponen”.Fecha 09-04-19. Recuperado de: <https://chequeado.com/el-explicador/educacion-sexual-cual-es-la-situacion-y-quienes-se-oponen/> Consultado el 10 de enero de 2020.

“Parto domiciliario: cruces por los riesgos de dar a luz fuera del hospital”.Artículo periodístico de Fabiola Czubaj. Recuperado de: Diario La Nación, 12/05/15<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/parto-domiciliario-cruces-por-los-riesgos-de-dar-a-luz-fuera-del-hospital-nid1792037> Consultado el 29 de enero de 2020.

9) ANEXO. ENTREVISTAS

ENTREVISTAS A GINECÓLOGXS (Silvana, 35 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Es aquel en el cual la paciente puede decidir de manera independiente de prejuicios la vía de culminación de su embarazo.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta? (Ley de Parto Respetado, Ley de derechos de usuarios del servicio de salud pública)

25.929

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

Disponemos de 4 camas por habitación, y 2 habitaciones de dilatante donde las pacientes pueden estar acompañadas de un familiar.

4) ¿Cómo podría definir la función de las obstétricas en el Servicio?

Control y acompañamiento de embarazo y parto de bajo riesgo.

5) ¿Qué diferencia existe respecto de las médicas obstetras/ginecólogas?

Los ginecólogos obstetras son médicos especialistas en ginecología y obstetricia.

6) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Opino que si la paciente se siente cómoda con el acompañamiento de una partera está en todo su derecho, siempre y cuando no se reemplace la labor médica.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Ayudan a la paciente en cuanto a inseguridades, acompañan en domicilio.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

No son médicos.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Totalmente.

7) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Relación más cercana a una amistad.	Es una relación de diferencias en los niveles y a veces es dificultosa la comunicación.

8)¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Me parece que incide ya que a mayor formación se pueden cometer menos errores.

9) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera?Las mujeres sienten más confianza en general con mujeres.

10) ¿Conoce la figura de las doulas? No/Si. En caso afirmativo: ¿Qué opina de la figura de las doulas? No.

11) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función? No/Si. ¿A qué atribuye la escasa presencia de varones en la función obstétrica? Todavía.

12) ¿Considera factible en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas). Amplíe por favor su opinión.

No. No contamos en el servicio con los instrumentos básicos para un parto normal y menos para A. R. (Alto Riesgo).

13) ¿Por qué ha elegido esta profesión?

Porque la embarazada y el embarazo son situaciones normales que traen una vida. En general, se trae vida.

14) ¿Ha experimentado el proceso de embarazo, parto y puerperio? No. **Si:** ¿Institucional o Domiciliario? ¿Cómo podría describirlo?

Institucional. Soy médica así que lo mejor que pudo haberme ocurrido es el parto institucional, ya que mi embarazo fue de alto riesgo y mi bebé prematura.

ENTREVISTAS A GINECÓLOGXS (Marianela, 44 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Es aquel en el cual la paciente decide sobre la culminación del embarazo.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta? (Ley de Parto Respetado, Ley de derechos de usuarios del servicio de salud pública). Si, ley 25.929.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

Contamos con 4 camas por habitación (2) paradilatante, y se le da la opción de acompañamiento del parto (femenino).

4) ¿Cómo podría definir la función de las obstétricas en el Servicio?

Acompañamiento y control embarazo de bajo riesgo.

5) ¿Qué diferencia existe respecto de las médicas obstetras/ginecólogas?

Si.

6) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Opino que es importante institucionalizar el parto.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Por lo que se lee en la bibliografía.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Tolerancia.

7) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Relación en diferentes niveles y con algunas amigable.	Acompañamiento no tan cercano.

- 8) ¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? A mayor formación, menos riesgos.
- 9) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera?----
- 10) ¿Conoce la figura de las doulas? No/Si. En caso afirmativo: ¿Qué opina de la figura de las doulas? ----
- 11) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función? No/Si. ¿A qué atribuye la escasa presencia de varones en la función obstétrica? ----
- 12) ¿Considera factible en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas). Amplíe por favor su opinión.
No considero posible.
- 13) ¿Por qué ha elegido esta profesión?
Por la magnitud de la importancia del binomio feto-materno.

14) ¿Ha experimentado el proceso de embarazo, parto y puerperio? No. **Si**:
¿Institucional o Domiciliario? ¿Cómo podría describirlo?
Institucional.

ENTREVISTAS A GINECÓLOGXS (Leonardo, 45 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Parto Respetado es un derecho de toda embarazada que participe un familiar durante el trabajo y parto, se informe los procedimientos, que el parto sea sin intervenciones si no necesita.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta? (Ley de Parto Respetado, Ley de derechos de usuarios del servicio de salud pública). Si

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

La organización se realiza en función de la atención de la embarazada con un familiar de sexo femenino por no contar con unidades individuales para el T. de Parto.

4) ¿Cómo podría definir la función de las obstétricas en el Servicio?

Función de la Obstétrica, acompañamiento, control, preparación para el T. de parto, parto y puerperio en embarazados sin complicaciones.

5) ¿Qué diferencia existe respecto de las médicas obstetras/ginecólogas?

Los médicos obstetras pueden atender los partos sin complicación como los complicados, es función de ellos participar en los partos complicados.

6) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Son importantes para las Comunidades originarias. Se debería trabajar conjuntamente con el equipo de salud.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Formación de posgrado.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Cultura, religión, institucional.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Es fundamental ponerse en el lugar del Otro para comprender su situación de Salud.

7) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Esto dependerá de cada situación en particular, generalmente es bueno.	También dependerá de cada profesional, generalmente es bueno.

8) ¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Es fundamental, son herramientas que permiten mejorar la comunicación entre paciente y profesional.

9) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Muchas veces las embarazadas son pudorosas y no permiten que personal masculino atiendan sus partos.

10) ¿Conoce la figura de las doulas? No/Si. En caso afirmativo: ¿Qué opina de la figura de las doulas? No tiene gran desarrollo en el país, no cuentan con base científica.

11) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función? No/Si. ¿A qué atribuye la escasa presencia de varones en la función obstétrica? Son profesiones netamente de mujeres lo que hace que los hombres les cueste poder desarrollarse.

12) ¿Considera factible en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas). Amplíe por favor su opinión.

Si es posible, ya se desarrollan actividades como equipo de trabajo.

13) ¿Por qué ha elegido esta profesión?

Me permitió desarrollarme como persona, profesional y vocación de ayudar al prójimo con problemas.

14) ¿Ha experimentado el proceso de embarazo, parto y puerperio? **No**. Si: ¿Institucional o Domiciliario? ¿Cómo podría describirlo?

Experimenté como padre, fue institucional. Creo que mejoraron las situaciones frente a estos procesos, poder participar durante la cesárea de mi esposa y en la adaptación extrauterina de mis hijas, son experiencias que uno no puede olvidarse. Por eso es fundamental el acompañamiento de la flia. durante el parto.

ENTREVISTAS A GINECÓLOGXS (Patricia, 42 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Se respeta la vía, medicalización y asistencia según lo manifiesta la usuaria.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta? (Ley de Parto Respetado, Ley de derechos de usuarios del servicio de salud pública). Si, es la ley 25.929.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

Dilatante: sector donde se encuentran las pacientes en trabajo de parto.

4) ¿Cómo podría definir la función de las obstétricas en el Servicio?

Importante en el acompañamiento de pacientes con embarazo de bajo riesgo (la minoría por ser CMC).

5) ¿Qué diferencia existe respecto de las médicas obstetras/ginecólogas?

En el Servicio los médicos somos tocoginecólogos, obstetras y ginecólogos.

6) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Opino que cualquier parto no institucionalizado es de alto riesgo.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

No los conozco.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Resultados a lo largo de la historia.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

El respeto, tolerancia y discreción.

7) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Irresponsable	Disminución de riesgo

- 8) ¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? **No/Si**. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Obviamente incide: a mayor formación menor riesgo.
- 9) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? **No/Si**. En caso afirmativo, ¿De qué manera? ----
- 10) ¿Conoce la figura de las doulas? **No/Si**. En caso afirmativo: ¿Qué opina de la figura de las doulas? Opino que deberían formarse o capacitarse para disminuir los riesgos.
- 11) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función? **No/Si**. ¿A qué atribuye la escasa presencia de varones en la función obstétrica? No existen en el Servicio personas trans. Atribuyo la escasa presencia de varones al miedo por las demandas de abuso.
- 12) ¿Considera factible en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas). Amplíe por favor su opinión.
En el Servicio se articula entre médicos y obstétricas (todos formados en ello).
- 13) ¿Por qué ha elegido esta profesión?
Porque me despertaba emoción el saber que iba a conocer una vida desde su origen.
- 14) ¿Ha experimentado el proceso de embarazo, parto y puerperio? **No/Si**:
¿Institucional o Domiciliario? ¿Cómo podría describirlo?

Si, institucional. Excelente experiencia en los 2 embarazos, partos y puerperios.

ENTREVISTAS A ENFERMERXS DEL SERVICIO (Leonardo, 45 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

El parto respetado hace referencia a un conjunto de situaciones que se deben presentar para mejorar la atención de la embarazada y su familia.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Si, conocemos la Ley 25.929

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico el Servicio a tal efecto?

Se organiza en dilatante, Parto y puerperio de Bajo y Alto riesgo.

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Soy Supervisor de Enfermería.

5) ¿Qué función cumplen lxs ginecólogxs?

Intervienen en los embarazos de alto riesgo y/o con complicaciones.

6) ¿Qué función cumplen las obstétricas?

Intervienen en el control, parto y puerperio de los embarazos de bajo riesgo.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Creo que pueden trabajar en forma conjunta con las instituciones de salud formal.

No tienen saber científico.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Tienen mayor afinidad con las embarazadas de su comunidad.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

No tienen saber científico.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Si, podrían facilitar y mejorar la atención de las embarazadas de ciertas comunidades.

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecólogx u Obstétrica
Desconozco, la institución no posee parteras o comadronas.	El ginecólogo es más intervencionista. La obstetra brinda apoyo desde el control y hasta el puerperio.

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Si, porque brindan mayor información para la paciente.

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? Es relativo en relación al profesional, dependiendo de la cultura prefieren que las atiendan personas femeninas.

11) ¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de las mismas?

Si conozco, me parece que tendrían que ser parte del equipo de trabajo en la institución.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en la función obstétrica? En caso negativo, ¿A qué podría atribuirlo?

No hay actualmente.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Considero que es factible, ayudaría a la preparación de la gestante y la familia.

ENTREVISTAS A ENFERMERXS DEL SERVICIO (Rodrigo, 34 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Respetar los derechos de la madre, de elegir parto natural, elegir la persona que la acompañe, posibilidades del mismo, y de ser protagonista en todo momento.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Ley 25.929

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico el Servicio a tal efecto?

Se organiza Admisión, At. Dilatante, parto, puerperio y alto riesgo.

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Enfermero de cabecera.

5) ¿Qué función cumplen lxs ginecólogxs?

Tratan cirugías y embarazos complicados.

6) ¿Qué función cumplen las obstétricas?

Tratan y evolucionan embarazos normales.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Útiles en la Historia, hoy no.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Que la comunidad se vuelca a ellas.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

No tienen fundamentos científicos.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
-----	-----

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? **No**/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? **No**/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

11)¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de las mismas?

Si, mujeres que atenderían a otras, que tuvieron hijos, función que cumplen las abuelas.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en la función obstétrica? En caso negativo, ¿A qué podría atribuirlo?

(Oración ilegible) Personas trans no.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Si.

ENTREVISTAS A OBSTÉTRICXS (Daniela, 24 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Es aquel en el que la parturienta tiene derecho a decidir como parir, como atravesar el proceso de trabajo de parto, parto y posparto. Acompañada de su familia, siempre informada sobre el proceso y procedimientos que se practiquen.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

La ley de parto humanizado corresponde a la ley 25.929, sancionada en el año 2004.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

No contamos con el espacio físico adecuado.

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Mi función como obstétrica es el control del trabajo de parto, parto y puerperios normales. Control del embarazo normal (bajo riesgo), y consejería sobre salud sexual y reproductiva, entre muchas otras funciones que nos compete.

5) ¿Tienen un lugar físico específico asignado? ¿O es compartido con lxs médicxs y/o enfermerxs?

La sala que funciona como “maternidad” es compartida con los demás profesionales.

6) ¿Cuál es la función de lxs ginecólogxs y qué la diferencia de la de las obstétricas?

A diferencia de las obstétricas, el médico ginecólogo es quien atiende toda patología de las mujeres en todos los momentos de su vida, en aquellas embarazadas o no.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Fueron mujeres que en base a sus experiencias atendían a las parturientas, a pesar de la falta de conocimiento científico. Su labor fue importante y reconocida a lo largo de la historia de la partería.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Aquello que pueda implicar un cambio en el otro, siempre de manera positiva.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Actitud generalmente innecesaria.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

¡Si, claramente!

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Sencilla. Basado en la experiencia.	Sistemática o protocolizada. Basada en evidencia científica. Integral.

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera?

El conocimiento de todos los aspectos del ser humano hace que un profesional pueda establecer una relación fluida y responsable con el paciente.

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

11) ¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de la figura de las mismas? Sé poco de las mismas, pero pienso que no cualquier persona está

capacitada para siquiera brindar información a una embarazada y su familia, sin ser correctamente respaldada por la ley.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función?

En caso negativo, ¿A qué lo atribuye?

No, y en caso de hacerlo, no encuentro el inconveniente de que lo haga.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

No comprendo a que hace referencia “parteras informales”, pienso que refiere a las que carecen de conocimiento científico, y con respecto a las doulas, no se con exactitud qué función cumplen, y sobre qué bases sustentan sus funciones. Por lo dicho no podría considerar factible una articulación.

ENTREVISTAS A OBSTÉTRICXS (Leo, 35 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

El parto respetado brinda a la paciente la posibilidad de decidir y ser la protagonista durante su trabajo de parto, parto y puerperio.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Si, la ley que lo avala es la N°25.929.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

El Servicio brinda un acompañamiento permanente e información a la paciente sobre la conducta obstétrica y la posibilidad de estar acompañada en su trabajo de parto y parto.

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Pertenecemos a un grupo de residentes.

5) ¿Tienen un lugar físico específico asignado? ¿O es compartido con lxs médicxs y/o enfermerxs?

No, no poseemos.

6) ¿Cuál es la función de lxs ginecólogxs y qué la diferencia de la de las obstétricas?

El ginecólogo posee una función más intervencionista a diferencia del personal obstétrico que tiende a una evaluación del trabajo de parto y parto que sea más natural.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

No tengo una postura establecida sobre eso.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Podría ser.

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Personal. Fluida. Confianza.	Distante. Sin opinión.

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera?

Si. Porque la formación constante brinda información y atención de calidad a la paciente.

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

11) ¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de la figura de las mismas? Si. Opino que deberían, así como el profesional obstétrico, capacitarse.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función?

En caso negativo, ¿A qué lo atribuye?

Desconozco. Particularmente en este servicio no lo hay.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

No, no lo considero ya que puede resultar perjudicial a las pacientes, ya que algunos de estos profesionales no se encuentran habilitados a ejercer en el ámbito de salud pública.

ENTREVISTAS A OBSTÉTRICXS (Vane, 27 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Derecho de la mujer, padre, recién nacido y familia con respecto al proceso del trabajo de parto, parto y puerperio que se garantice el respeto en cuanto a quien quiere que la acompañe, brindar información, etc.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Si, ley 25.929.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

Durante la internación la paciente podrá decidir quién la acompaña en el trabajo de parto, en este hospital sólo mujeres podrán pasar a la habitación ya que falta intimidad. En el momento del parto podría pasar una persona (femenino o masculino).

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Por el momento soy Jefe de Residentes y encargada de la Preparación Integral para la Maternidad, acompañando en las clases a los Residentes.

5) ¿Tienen un lugar físico específico asignado? ¿O es compartido con lxs médicxs y/o enfermerxs?

Si, una habitación Residencia Obstétrica.

6) ¿Cuál es la función de lxs ginecólogxs y qué la diferencia de la de las obstétricas?

Lo que los diferencia es en lo legal, los obstetras sólo atienden embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo y ante una patología hacen intervención con el ginecólogo.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Sí.

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
-----	-----

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante?

No/**Si**. En caso afirmativo, ¿De qué manera?

Sí, se crea un vínculo ya que se la acompaña durante todo el momento.

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? **No**/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

11) ¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de la figura de las mismas? No conozco.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función?

En caso negativo, ¿A qué lo atribuye?

Sí, hay varios varones ejerciendo la profesión.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Si?

ENTREVISTAS A OBSTÉTRICXS (Jessy, 30 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Es aquel donde se respeta la voluntad de la embarazada y el privilegio de los tiempos fisiológicos durante el trabajo de parto y parto.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Sustentado por la ley 25.929.

3) ¿Cómo se organiza el espacio físico del Servicio a tal efecto?

Con el control constante y acompañando e informando continuamente por el personal obstétrico y ginecológico durante todo el trabajo de parto.

4) ¿En qué consiste su función en el Servicio?

Obstetra.

5) ¿Tienen un lugar físico específico asignado? ¿O es compartido con lxs médicxs y/o enfermerxs?

Durante el trabajo de parto de cualquier embarazada que esté en trabajo de parto nuestro estar es en la misma pieza de las pacientes de dilatación.

Residencia obstétrica en la hab. 70.

6) ¿Cuál es la función de lxs ginecólogxs y qué la diferencia de la de las obstétricas?

Alto riesgo y toma de decisiones de culminación de embarazos por vía abdominal.

7) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Ayuda, pero deberían tener conocimientos científicos.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Detección precoz del embarazo.

Identificar riesgos

Control prenatal

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Ninguno.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Seguro.

8) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Subjetiva. Empática. Precoz. Detección de la pte. Sin control. Beneficiencia. Cultural. Acompaña. Dirige.	Empática. Controles objetivos. Buen control de seguimiento de la gestante. Capaz. Científico. Determinación de condiciones adecuadas para la salud fetal y materna.

9) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante?

No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera?

Sí, porque se manejan “2 VIDAS”.

10) -¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo, ¿De qué manera? -----

11) ¿Conoce la figura de las doulas? En caso afirmativo ¿Qué opina de la figura de las mismas? No personalmente. Pero creo que cualquier personal de salud que se interese por la salud de las personas es necesario.

12) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en su función?
En caso negativo, ¿A qué lo atribuye?

No.

13) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Si.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Claudia Lorena, 21 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Es el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Sólo se que se contempla bajo la ley 25.929.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

Que son profesionales de la Salud, especialistas que atienden las cuestiones vinculadas a la salud de la mujer.

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

También son profesionales de la Salud, es una rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el puerperio.

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Son personas no capacitadas para acompañar el parto, ayudaban a las mujeres a dar a luz, también eran responsables de las altas tasas de mortalidad materno-infantil.

6) ¿Conoce la figura de las doulas?

Es una facilitadora, también se la conoce como sirvienta de la mujer embarazada.

7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?

Sí, si me atendería, son más humanos y explican mejor todo el proceso del embarazo.

8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?

Es uno de los procesos más importantes de mi vida, muy conforme con la atención y acompañamiento.

9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? Si. **No.**

- En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? -----
- ¿Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? -----
- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? -----
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

No, me produce temor.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Que cada Centro de Salud u Hospital, cuente en su equipo con un obstétrico, un profesional capacitado para atender en este proceso tan importante de la Vida.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Patri, 37 años)

- 1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?
Parir como la paciente quiera.
- 2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?
No.
- 3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?
Muy buena.
- 4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?
Recomiendo.
- 5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?
No recomendaría.
- 6) ¿Conoce la figura de las doulas?

- 7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?
Sí, si me atendería con un médico obstetra varón, no con un partero porque no tiene los elementos necesarios.
- 8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?
Muy buena.
- 9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? **Si.** No.
 - En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? No recomendaría.
 - ¿Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? Sí.

- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? Sí.
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? Vecina que se encontraba sola en el momento del parto.

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

No, muy arriesgado.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Recomendaría más insumos a los médicos en cada sala de atención.

ENTREVISTAS A USUARIAS DEL SERVICIO (Mariana, 24 años)

- 1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?
Buena comunicación y atención, que respetan la decisión de cada una.
- 2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?
No.
- 3) ¿Qué opina de la figura de las ginecólogas?
Opino de las que me asistieron muy buenas, no me puedo quejar.
- 4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?
Hay algunas buenas y así también como algunas malas. Pero me gusta porque así no atienden de una sola paciente.
- 5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?
No opino porque no conozco ninguna.
- 6) ¿Conoce la figura de las doulas?
No
- 7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?
Sí me atendería con un obstetra varón, no conozco ningún partero. Me atendería con un obstetra varón porque tienen muy buena atención.
- 8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?
Mala. No se organizan bien del día 1 que la parturienta está en el nosocomio.
- 9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? **Si**. No.
 - En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? Opino que a algunas las tratan bien, algunas mal. Tendrían que tener buen trato hacia las pacientes.

- ¿Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? Sí. Pasivamente, visitantes.
- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? No.
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?
Sí, para poder sentir otra experiencia.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Recomiendo: Que tengan buena atención con el paciente, así también con los familiares. Que la limpieza sea en todos los turnos. Que tengan una buena comunicación. Sobre todo, cuidar a las pacientes así también al bebé, respetar las decisiones de la paciente.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Silvia, 35 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Que se respete la voluntad de la mujer en el momento del parto.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Una ley.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Que debería haber más y ayudar a las mujeres con el parto.

6) ¿Conoce la figura de las doulas?

No.

7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?

Sí, porque mientras sea un buen profesional no importa el sexo.

8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?

Buena.

9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? **Si.** No.

- En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? Creo que sin condiciones de seguridad se daban mejor que hoy en muchos casos.

- Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? No, sólo esperaban.

- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? No.
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

Sí, siempre y cuando haya personal capacitado y predispuesto a eso. Porque creo que sería más cómodo en el hogar.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Que se informe más sobre los pro y los contra del parto y la cesárea, y que se humanice más el trato.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Juana, 24 años)

- 1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?
Que respeten la decisión de parto de la madre sin objetar nada.
- 2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

- 3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?
No estoy familiarizada, más que nada porque siempre asistí con ginecóloga mujer.
- 4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?
Me parece la mejor compañía, más en mamás primerizas.
- 5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?
No conozco ninguna.
- 6) ¿Conoce la figura de las doulas?

- 7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?
No, porque me familiarizo más con la mujer, más en confianza.
- 8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?
Muy buena.
- 9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? Si **No**.
 - En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? No conozco.
 - Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? -----
 - ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? No.

- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

No, por miedo a que el bebé contraiga algún problema y no haya control profesional inmediato.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Que en lugares como centros asistenciales haya más control, más atención sobre el tema en cualquier momento.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Elizabeth, 30 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

El respeto al paciente, la comunicación respetuosa entre médico y paciente.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

No.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

Las que me asistieron en los dos embarazos, su trato ha sido siempre bueno.

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

Opino lo mismo, buen trato.

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Nada, porque en realidad no sé cómo trabajan con una embarazada.

6) ¿Conoce la figura de las doulas?

No.

7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?

En el primer embarazo me atendió un obstetra varón, y fue buena y respetuosa su atención.

8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?

Buena, hoy en día en la Salud Pública, la atención es buena...tanto de los médicos, como enfermeros/as.

9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? Si.No.

- En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? Opino que muchos no tienen delicadeza, trato con las parturientas; en otros casos el trato es bueno, atienden y acompañan en todo momento.
- Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? Pasivamente, sólo visitas.
- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? No.
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

No, porque sentiría que el bebé no tiene todos los cuidados.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Hablarle a cada mujer embarazada (o en cualquier caso) sin tantos términos médicos. Paciencia, en cada caso. Escuchar y responder cada inquietud de cada mujer.

ENTREVISTAS A USUARIXS DEL SERVICIO (Micaela, 20 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Nada.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

No.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

Buena.

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

Buena.

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Nada.

6) ¿Conoce la figura de las doulas?

7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?

Sí.

8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?

Buena.

9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? Si. **No**.

- En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? -----

- Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? No

- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? No.

- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? -----

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

No.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Mejor comunicación.

ENTREVISTAS A USUARIAS DEL SERVICIO (Valeria, 21 años)

- 1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?
Que la mujer pueda decidir cómo parir y que el médico la respete y acompañe.
- 2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?
Sí, hay una ley.
- 3) ¿Qué opina de la figura de las ginecólogas?
Trabajan bien pero hay mucho trabajo y a veces no les da el tiempo para dedicarte.
- 4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?
Que tienen más paciencia y son más atentas. Sobre todo con las primerizas.
- 5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?
Antes había porque no había muchos médicos.
- 6) ¿Conoce la figura de las doulas?
No.
- 7) ¿Se atendería con un médico obstetra varón? ¿Y con un partero? ¿Por qué?
Sí, no creo que haya diferencias por el sexo.
- 8) ¿Cómo podría describir su experiencia de atención recibida en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento en este Servicio de salud pública?
Todavía no tuve el parto, en el embarazo todo bien.
- 9) ¿Conoce historias de partos en la casa en su familia o allegados? **Si**.No.
 - En caso afirmativo ¿Qué opina de ello? Mi mamá nació en la casa de mi abuela porque vivían en el campo, con una partera.
 - Los varones de la familia participaban activa o pasivamente del proceso? ¿De qué manera? No, sólo esperaban y traían agua y esas cosas.

- ¿Conoce alguna partera o comadrona actual o pasada? Sí, una vecina de mi abuela que ya falleció.
- En caso afirmativo, ¿Cuál es o era su reputación popular? Era muy querida y respetada en la colonia.

10) ¿Valoraría la posibilidad de experimentar un parto domiciliario? ¿Por qué?

Me gustaría, pero me da miedo que algo pueda salir mal.

11) ¿Qué recomendación o sugerencia podría hacer para mejorar el acceso a la atención en salud en el embarazo, parto o puerperio?

Que haya más comunicación con las pacientes y que si vas por Guardia no te maltraten ni te griten.

ENTREVISTAS A DOULAS (Carolina, 46 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

Un parto donde la mujer sea protagonista y pueda elegir, dentro de los parámetros de salud, cómo parir. En qué situación, con quién, posición, etc.

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

No.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

No tiene la preparación adecuada para el acompañamiento al parto natural, sostienen una posición patologizante.

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

Son las herederas de lo que antes eran las parteras como figura profesional.

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Que poseen un saber vivencia y experimental respecto el parto y su acompañamiento.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Excelentes para la atención al parto.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

Los límites que tienen cuando se complica y es necesaria la intervención médica.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Sí, totalmente, son personas con una sensibilidad importante respecto ese momento en la vida de la mujer.

6) -Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Cercano.	Obstetra cercano. Ginecóloga distante.

7) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Si. En caso afirmativo: ¿de qué manera?-----

8) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Si. En caso afirmativo: ¿de qué manera? Para mí ser mujer, haber tenido hijos e hijas y tener trabajada la femineidad influye.

9) ¿En qué consiste su función?

La función es el acompañamiento psicológico del embarazo, parto y puerperio.

10) ¿Dónde se ha formado/capacitado? En Barcelona.

Educación Formal: títulos, acreditaciones, soportes teóricos, etc. Referentes.	Educación No Formal: conocimientos ancestrales y heredados, modalidad de enseñanza y de aprendizaje, etc. Referentes.
Curso de 1 año de duración.	Trabajé y acompañé a una obstetra.

11) ¿En qué región geográfica y lugar físico se ha desempeñado?

No me desempeñé profesionalmente.

12) ¿Cómo podría describir su experiencia en estos acompañamientos realizados?

Realicé un acompañamiento requerido como práctica del curso.

- ¿Qué herramientas precisas brindan? Apertura y disponibilidad emocional.

- ¿De qué manera? Con tiempo y trabajo interior.

13) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en esa función?

En caso negativo ¿A qué lo atribuye? No lo sé.

14) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Sí, las obstetras son indispensables. Las doulas considero es en el acompañamiento más personal de la mujer.

ENTREVISTAS A DOULAS (Luz, 45 años)

1) ¿Qué entiende por Parto Respetado?

La posibilidad de ejercer autonomía en la decisión del momento del embarazo, parto y puerperio, con plena información sobre los procesos de atención, y el ejercicio de elegir dónde parir. Tiene como fin también poder desmedicalizar el proceso fisiológico y centrar el protagonismo en la persona gestante (P. G.).

2) ¿Conoce el marco legal que lo sustenta?

Sí. Ley N^o25.929.

3) ¿Qué opina de la figura de lxs ginecólogxs?

Debido a la formación en el modelo médico hegemónico se observa en la mayoría de estxs especialistas la falta de perspectiva de género y de derechos, misoginia, desactualización científica, creando violencia obstétrica. Por lo tanto, su figura en ese paradigma obstaculiza el proceso de embarazo en términos de autonomía, creando miedos y temores en las PG y sus familiares.

4) ¿Qué opina de la figura de las obstétricas?

Si bien están subalternizadas en el equipo obstétrico, no se diferencian del rol que ejercen ginecoobstetras. De tal forma que sólo aquella profesional que se deconstruye puede acompañar de manera humanizada.

5) ¿Qué opina de la figura de las parteras o comadronas informales?

Ejercían el rol de lxs ginecoobstetras en el pasado. Eran consideradas “brujas”.

A) Prejuicios positivos: - ¿A qué podría atribuirlos?

El trato y la comunicación cercana y afectuosa con las PG.

B) Prejuicios negativos: - ¿A qué podría atribuirlos?

El foco que se hizo en las complicaciones antes del descubrimiento de los antibióticos y la higiene.

C) -Según su opinión ¿Podrían representar un canal o función empática para con las personas asistidas?

Sí, absolutamente.

6) Cómo podría caracterizar la relación que se establece en el trato entre:

Persona gestante y Partera o Comadrona	Persona gestante y Ginecóloga u Obstétrica
Cercana, afectuosa, empática.	Fría, asimétrica, paternalista.

7) -¿Considera que la formación o capacitación laboral profesional o de oficio incide en el trato y la relación que se establece entre la partera y la persona gestante? No/Sí. En caso afirmativo: ¿de qué manera? La formación de lxs profesionales de la salud en el modelo médico hegemónico determina una relación asimétrica y paternalista.

8) ¿La identidad de género del o de la profesional que asiste a la persona gestante influye en la relación que se establece entre ambos? No/Sí. En caso afirmativo: ¿de qué manera? Pero necesariamente debe tener perspectiva de género y de derechos humanos en su praxis.

9) ¿En qué consiste su función?

Acompañamiento y sostén emocional en el embarazo, parto y puerperio.

10) ¿Dónde se ha formado/capacitado? Córdoba.

Educación Formal: títulos,	Educación No Formal: conocimientos
----------------------------	------------------------------------

acreditaciones, soportes teóricos, etc. Referentes.	ancestrales y heredados, modalidad de enseñanza y de aprendizaje, etc. Referentes.
No.	De manera empírica en Córdoba.

11) ¿En qué región geográfica y lugar físico se ha desempeñado?

Ciudad de Córdoba capital.

12) ¿Cómo podría describir su experiencia en estos acompañamientos realizados?

De una conexión espiritual y de mucha ternura y alegría.

- ¿Qué herramientas precisas brindan? Confianza, seguridad, afecto, calidez.

- ¿De qué manera? Verbal y físicamente, con masajes, caricias, cantos.

13) ¿Existen varones o personas trans que se desempeñen actualmente en esa función?

En caso negativo ¿A qué lo atribuye? No que yo sepa, aún es una labor feminizada.

14) ¿Considera factible y/o necesario en el ámbito de la salud pública la articulación de actuaciones por parte de las actoras sociales mencionadas? (parteras formales e informales, ginecólogas, doulas)

Sí, es imprescindible recuperar y revalorizar saberes ancestrales.