

# Cursos de preparto: ¿socialización para la obediencia o empoderamiento para la autonomía reproductiva?\*

Preparation courses: socialization for obedience or empowerment for reproductive autonomy?

*Cursos de preparação: socialização para obediência ou empoderamento para autonomia reprodutiva?*

**Belén Castrillo\*\***

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet),  
Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina

Cómo citar: Castrillo, B. (2021). Cursos de preparto: ¿socialización para la obediencia o empoderamiento para la autonomía reproductiva? *Revista Colombiana de Sociología*, 44(2), 39-59.

DOI: <https://doi.org/10.15446/rsc.v44n2.87474>

Este trabajo se encuentra bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0.

## Artículo de investigación e innovación

Recibido: 20 de mayo del 2020 Aprobado: 13 de octubre del 2020

\* Este artículo se deriva de la revisión de una tesis doctoral, aprobada en el 2019, sobre atención médica de embarazos y partos en la ciudad de La Plata. La tesis de referencia fue realizada con una beca tipo A de la UNLP y luego una beca de finalización de Doctorado del Conicet, dos instituciones de ciencia y técnica de Argentina. En dicha tesis (Castrillo, 2019) investigué experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica sobre intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, entre el 2013 y el 2019.

\*\* Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Becaria Posdoctoral del Conicet en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS), unidad ejecutora del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IDHCS) del Conicet/UNLP. La autora es miembro del Proyecto de Investigación y Desarrollo dirigido por la Dra. Licia Pagnamento titulado “Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados” (H880).

Correo electrónico: [mbscastrillo@gmail.com](mailto:mbscastrillo@gmail.com) -ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2297-3316>

## Resumen

El objetivo del artículo es analizar los imaginarios que se (re) producen en los cursos de parto de distintas instituciones de la ciudad de La Plata (provincia de Buenos Aires, Argentina), para el periodo comprendido entre el 2013 y el 2019. Siguiendo el esquema de una sociología de la atención médica de embarazos y partos que se basa en la (re) construcción de dos modelos analíticos de atención obstétrica (intervencionista y respetado), se analiza si dichos imaginarios que los cursos producen, abonan a uno u otro modelo o construyen zonas grises. El material empírico se compone de diarios de campo de observaciones con distintos grados de participación en treinta encuentros de seis cursos de parto distintos; y de registros de entrevistas a mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica. Se analizan los discursos de estos cursos para conocer de qué modos promueven —si lo hacen— el acceso a derechos sexuales y reproductivos y a una atención respetuosa del proceso perinatal o, en otro extremo, si funcionan como dispositivo de transmisión e internalización de normas institucionales y biomédicas. Los cursos de parto emergen como espacios de encuentro, de intercambio de saberes y experiencias y de (re) producción de imaginarios alrededor de lo normal y lo patológico, lo deseable y lo indeseable, para el tránsito del periodo perinatal, desde la gestación hasta la crianza y el maternaje. Se trata de espacios asistenciales-pedagógicos que adquieren rasgos peculiares según los grupos e instituciones coordinadoras. El desarrollo descriptivo y analítico realizado permitió concluir que en estos espacios se advierten zonas grises, tensiones, expectativas, metodologías y discursos diversos, pero que sigue primando una brecha entre lo que se dice en los cursos y lo que pasa en sala de partos, por la ausencia de líneas de trabajo generales que promuevan la atención obstétrica respetuosa de derechos humanos de las mujeres.

**Palabras clave:** cursos de parto, imaginarios, madre, medicina, nacimiento, sociología.

**Descriptor:** autonomización, embarazo, medicina, socialización.

## Abstract

The objective of the article is to analyze the imaginaries that are (re) produced in the prepartum courses of different institutions in the city of La Plata (province of Buenos Aires, Argentina), for the period 2013-2019. Following the scheme of a sociology of medical care for pregnancies and childbirth that I developed in my doctoral thesis, based on the (re) construction of two analytical models of obstetric care (interventionist and respected), I will analyze whether said imaginary that the courses they produce, pay to one or another model or build gray. The empirical material consists of field diaries of observations with different degrees of participation in 30 meetings of 6 different prepartum courses; and records of interviews with women-mothers, men-fathers, and obstetric health professionals. The discourses of the courses are analyzed to find out in what ways they promote —if they do— access to sexual and reproductive rights and care that is respectful of the perinatal process or, at the other extreme, if they function as a device for the transmission and internalization of institutional and biomedical norms. Prepartum courses emerge as spaces for meeting, exchange of knowledge and experiences and (re) production of imaginaries around the normal and the pathological, the desirable and the undesirable, for the transit of the perinatal period, from pregnancy upbringing and mothering. These are care-pedagogical spaces that acquire peculiar features according to the coordinating groups and institutions. The descriptive and analytical development carried out allowed to conclude that in these spaces there are grays, tensions, expectations, methodologies, and diverse discourses, but that there is a gap between what is said in the courses and what happens in the delivery room, due to the absence of general lines of work that promote obstetric care respectful of women's human rights.

**Keywords:** birth, imaginaries, medicine, mother, prepartum courses, sociology.

**Descriptors:** autonomization, medicine, pregnancy, socialization.

## Resumo

O objetivo do artigo é analisar os imaginários que são (re) produzidos nos cursos pré-parto de diferentes instituições da cidade de La Plata (província de Buenos Aires, Argentina), no período entre 2013 e 2019. De acordo com o esquema de uma sociologia da assistência médica à gravidez e ao parto, baseado na (re) construção de dois modelos analíticos de assistência obstétrica (intervencionista e respeitada), analisa-se se esses imaginários, que os cursos produzem, contribuem para um ou outro modelo ou constroem áreas cinzentas. O material empírico consiste em diários de campo de observações com diferentes graus de participação em trinta encontros de seis diferentes cursos pré-parto, bem como registros de entrevistas com mulheres-mães, homens-pais e profissionais de saúde obstétrica. Os discursos dos cursos são analisados para saber de que forma promovem — se o fazem — o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e a cuidados que respeitem o processo perinatal ou, no outro extremo, se funcionam como dispositivo de transmissão e internalização das normas institucionais e biomédicas. Os cursos pré-parto surgem como espaços de encontro, troca de saberes e experiências e (re) produção de imaginários em torno do normal e do patológico, do desejável e do indesejável, para o trânsito do período perinatal, da gravidez para a maternidade. São espaços pedagógico-assistenciais que adquirem características peculiares conforme os grupos e instituições coordenadores. O desenvolvimento descritivo e analítico realizado permitiu concluir que nestes espaços existem zonas cinzentas tensões, expectativas, metodologias e discursos diversos, mas que existe um distanciamento entre o que se fala nos cursos e o que passa na sala de parto, devido à ausência de linhas gerais de trabalho que promovam a assistência obstétrica respeitosa dos direitos humanos da mulher.

**Palavras-chave:** cursos pré-parto, imaginários, mãe, medicina, nascimento, sociologia.

**Descritores:** autonomização, gravidez, medicina, socialização.

## Introducción

Las significaciones imaginarias construyen (organizan, articulan, invisten de sentido) el mundo de la sociedad considerada (y se sostienen cada vez en la organización ensídica intrínseca del primer estrato natural). Sin embargo, a través de un mismo movimiento y en forma indisoluble, llevan a cabo algo mucho más importante que eso. Pidiendo prestadas, metafóricamente, las distinciones correctas de la antigua psicología, podemos decir que ellas determinan simultáneamente las representaciones, los afectos y las intenciones dominantes de una sociedad. (Castoriadis, 2002, p. 268)

En el marco de la convocatoria para pensar cómo los imaginarios y las representaciones sociales (Castoriadis, 2002; Cáncino Pérez, 2011; Cegarra 2012) pueden contribuir a develar mecanismos de control y dominación que implican formas de violencia, tanto como a comprender procesos de emancipación y transformación colectivos, en este artículo me propongo enfocar la mirada sociológica a los imaginarios que se (re)producen en cursos de parto. A partir de los hallazgos de una tesis doctoral que estudió experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (Argentina), durante el período 2013-2019, expongo aquí algunas dimensiones de análisis que surgen de mi experiencia etnográfica en cursos de preparación para la maternidad<sup>1</sup>.

En dicha tesis reconstruí la disputa hegemónica que existe entre dos modelos de atención obstétrica (el intervencionista y el humanizado), atendiendo a cómo distintos/as actores/as, instituciones y organismos se posicionan al respecto. El contexto argentino está signado por contradicciones estructurales: conviven normativas de avanzada que buscan garantizar el parto respetado y erradicar la violencia obstétrica<sup>2</sup> con experiencias en salas de parto signadas por el intervencionismo médico y maltratos naturalizados. Teniendo en cuenta que mi premisa establece que dicha disputa hegemónica entre modelos de atención se reactualiza en la asistencia directa que se da cotidianamente, en este artículo analizo cuál es el *parto transmitido* que los contenidos de los cursos de parto (CPP) tienden a (re) producir. Con ello me refiero a los imaginarios que se construyen, internalizan y socializan en torno a cómo se debe parir, nacer, lactar, criar. La construcción analítica de dos modelos de atención obstétrica surge de la interacción entre un marco teórico socioantropológico que, desde mediados del siglo XX, viene cuestionando la naturalización de una asistencia alejada de la fisiología por efecto de la medicalización (Camacaro Cuevas, 2000; Sadler, 2004; Magnone Aleman, 2013; Blázquez Rodríguez, 2009;

1. En este trabajo se utilizan indistintamente las nociones “cursos de parto” y “cursos de preparación para la maternidad”.
2. En Argentina dos leyes protegen los derechos humanos de las mujeres en la atención del proceso de parto: la ley 25 929 del 2004, conocida como “Ley de parto respetado” y la ley 26 485 del 2009, conocida como “Ley de violencia de género”.

Castro y Erviti, 2014, 2015); y los discursos del campo feminista, legislativo y político que hace dieciséis años, para el caso argentino, confluyeron en la sanción de una ley que establece los derechos de las mujeres a un parto humanizado. En este marco, “modelo intervencionista o hegemónico” y “modelo humanizado o fisiológico” son dos significantes que ocupan los extremos opuestos de una construcción que solo es útil a los fines analíticos. Por ello, la riqueza de analizar experiencias concretas es vislumbrar cómo se construyen grises y tensiones entre ambos modelos, sin perder de vista que son herramientas heurísticas que permiten problematizar sociológicamente los modos en que parimos y nacemos en la actualidad.

Regida entonces por este principio heurístico, planteo que la experiencia de estos modelos de atención obstétrica adquiere expresiones particulares en los CPP: por un lado, el intervencionista tiende a centrar los formatos y contenidos en la transmisión de las normas institucionales que se pretende que las usuarias obedezcan en la asistencia de sus partos. Por otro lado, los CPP que podríamos ubicar cercanos al modelo humanizado, tienden a promover formas y discursos emancipadores, en tanto que apuntan a la autonomía reproductiva de las participantes. Esto es, se trata de conocer de qué modos promueven —si lo hacen— el acceso a derechos sexuales y reproductivos y a una atención respetuosa del proceso perinatal o, en otro extremo, si funcionan como dispositivo de transmisión e internalización de normas institucionales y biomédicas.

Con vistas a reconstruir las experiencias concretas de seis CPP, a continuación expondré el material y los métodos que sustentan el artículo, para luego dar paso a un análisis que se asienta en una pregunta central: ¿los cursos promueven la obediencia o la autonomía de las mujeres, en vínculo con el paradigma humanizador de las políticas actuales? ¿Prima una concepción basada en el enfoque de derechos humanos o en la reproducción del poder y autoridad médica? A partir de la reconstrucción etnográfica de estos cursos y sus contenidos, a través de algunas dimensiones de estudio puntuales, pretendo contribuir al análisis de los imaginarios que se (re) producen alrededor del parto que, como señala la convocatoria, pueden potenciar tanto la emancipación como la subordinación de las mujeres y personas gestantes.

### **Material y métodos**

Entre octubre del 2016 y diciembre del 2017 participé en treinta encuentros de cursos de preparación para la maternidad, dictados por seis grupos profesionales o institucionales distintos. Si bien surgió como estrategia metodológica para realizar seguimientos y generar contactos para entrevistas posteriores a los partos/nacimientos, las observaciones en los CPP se erigieron en uno de los dos pilares principales del trabajo de campo de la tesis de referencia. La propuesta de este artículo es analizar los imaginarios sobre las gestaciones y nacimientos, a través de su expresión, relación e impronta en los contenidos, formatos y ofertas de los cursos. O, dicho de otro modo, a partir de lo visible en los CPP, se busca vislumbrar y

desentrañar las representaciones sobre los embarazos y partos en general que se (re)producen en estos ámbitos. Esto es, tomo aquí los CPP como expresión de modos de atender, intervenir, acompañar y concebir los PEP; y creo que a partir de los contenidos y las formas que pude identificar en ellos, es posible analizar, estudiar y problematizar las significaciones y prácticas que se van estableciendo alrededor de la atención médica de embarazos y partos.

Para ello y respetando el criterio de heterogeneidad que orientó la investigación, accedí a seis cursos de parto diversos en cuanto a su oferta, abordaje, metodología y pertenencia institucional. Se trató de a) un curso dictado por una obra social de trabajadores estatales (cuatro encuentros); b) un curso de un hospital público (doce encuentros); un curso dictado por un gimnasio (tres encuentros); c) un curso de un hospital privado (dos encuentros); d) un curso ofertado por una clínica privada (tres encuentros); y, e) un curso dictado por un grupo de profesionales que asisten partos en domicilio (cuatro encuentros, cuyo análisis no se incluye en este artículo).

El criterio de heterogeneidad vino dado no solo por el ámbito de atención sino también por el modelo de atención (re)producido y promovido. Concepciones más o menos intervencionistas y medicalizantes, o más o menos humanizantes y fisiológicas, así como un gran cruce de grises nos permiten vislumbrar de qué manera en estos espacios de los cursos —que “actúan” durante la temporalidad del embarazo—, se van desarrollando, estableciendo y legitimando diversos modos de intervenir y asistir los procesos de embarazo y parto (PEP). A continuación, a partir de mis diarios de campo y registros de entrevistas con profesionales de la salud y mujeres y varones participantes de los CPP, analizaré los imaginarios que se (re)producen en los cursos, a través de la pregunta: ¿estos cursos promueven obediencia o autonomía frente a la autoridad y discrecionalidad médica hegemónica, que ha sido denunciada como ejecutora de violencias obstétricas?

### **Socialización para la obediencia o empoderamiento para la autonomía: imposición de normas hospitalarias versus el derecho a decidir**

La característica de este poder político [el médico] reside en lo que se considera el derecho de ser obedecido. La historia de la obediencia tiene antecedentes bíblicos cuya clave es política. Su análisis nos conduce al poder hegemónico de los médicos, en paralelo con otros poderes del mismo signo y que en esta circunstancia está asociado con el parir y el nacer. (Giberti, 2003, p. 1)

Uno de mis puntos de partida es que hay una tensión principal entre las prerrogativas y normas institucionales-profesionales y los derechos y necesidades de las mujeres en la atención de sus PEP. Esa tensión aparece cuestionada, legitimada, (re)producida, interpelada y actualizada de diversas formas y a partir de distintos discursos y prácticas, tanto por parte de los

equipos de salud como de las mujeres y varones que transitan embarazos y partos en la ciudad. Considero que en los espacios de los CPP, así como en los de las consultas médicas y salas de parto —o quirófanos, si se trata de cesáreas— se dan dinámicas relacionales, atravesadas por contextos socioculturales específicos, que permiten ver ejercicios de poder, dominación y estrategias de resistencia por parte de los sujetos implicados.

Se trata de analizar esas tendencias en la información transmitida en los CPP, así como en las prácticas y representaciones que circulan, se producen y se articulan en esos espacios, que tienden justamente a la legitimación o al cuestionamiento de los preceptos y modos hegemónicos de la atención obstétrica. Lo relevante es que los enfoques no son absolutos, pues lo que emerge en este trabajo de campo es que, aunque existan tendencias generales, en los cursos conviven discursos a veces contradictorios o, como mínimo, en disputa y tensión. Pero siempre así: en convivencia, en tonos grises. En este sentido, puedo seguir sosteniendo que hay cursos más proclives a (re) producir el discurso biomédico, con enfoque de riesgo, de los PEP y su intervención, atención y abordaje, de modo que sus contenidos se centran en presentar el carácter necesario de la asistencia médica y, en consonancia, las pautas institucionales de atención. Esto a través de, como mostraré a continuación, la socialización tanto en las pautas de comportamiento esperadas, como en las lógicas de funcionamiento internas, así como en lo que tiene que ver con el ajuste del propio proceso reproductivo a las exigencias institucionales —sobre todo con relación a los tiempos y requisitos de admisión e internación—. Por otro lado, y en convivencia, existen cursos que buscan generar otras miradas y que incluso se establecen como espacios de militancia. Lo interesante es que ambos modelos de curso-contenido-información que se transmite, muchas veces se imponen como “el modelo” de atención del parto, generando nuevas normatividades. Así, muchas veces los cursos que emergen de la conciencia y activismo militante de muchas mujeres terminan tomando un cariz maternalista que impone parto natural, lactancia a demanda y crianza con apego, sin pensar en las elecciones, decisiones y deseos de las mujeres a quienes se dirige.

La propuesta es entonces ir desmenuzando estas tensiones entre las tendencias mencionadas para poder responder la pregunta de investigación que guía este artículo.

#### **Los discursos de los cursos**

El discurso —entendido en su amplitud como prácticas y representaciones— que se (re)produce en este tipo de espacios asistencialistas-pedagógicos, se vincula a demandas plurales del sistema de salud, de profesionales médicos/as y de las mismas mujeres y sus entornos, en relación con informar y despejar dudas sobre “lo que ocurre” durante el proceso perinatal. En esa información y en la construcción discursiva que se hace sobre “lo que ocurre” en el proceso de nacimiento, se encuentra el núcleo de las tensiones. Porque en esa concepción del PEP también se incluyen las representaciones sobre lo normal y lo patológico, sobre los cuerpos de las

mujeres, sobre lo que debería ser y hacer, sobre lo que sucede en términos fisiológicos pero, y sobre todo, lo que ocurre desde que se ingresa a la institución o se toma contacto con el equipo de salud estando en trabajo de parto. Cosmovisiones de género, del cuerpo, del proceso reproductivo, de la salud, de la salud pública y del quehacer profesional se reactualizan en estos espacios, los cuales suelen presentarse como neutrales y científicos, como toda práctica médica desde el paradigma hegemónico.

En el trabajo de campo encontré diversos pilares desde los cuales se sustentan y construyen estos imaginarios sobre el parto: la apelación a lo natural y antinatural, al “don de parir” y al autoconocimiento (CPP hospital privado); la apelación a “lo medicamente probado” (CPP hospital público); la apelación al sentido común (CPP hospital público); la apelación a la experiencia profesional (CPP obra social) y la intuición femenina (CPP atención domiciliaria); entre otros. La ciencia, la experiencia, el sentido común, lo trascendental, lo místico, en fin, la conocida tensión entre naturaleza y cultura como centro de la articulación discursiva sobre lo que ocurre, cómo se lo concibe y cómo se interviene el PEP. Articulación sobre la que descansan, a su vez, los objetivos de empoderamiento o subordinación mencionados. En general, los CPP comparten cierta estructura general que busca despejar dudas sobre el tránsito del embarazo, los cuidados a tener durante todo el proceso perinatal, ciertos hábitos saludables a adoptar, el conocimiento y registro de las pautas de alarma en el proceso de desencadenamiento de trabajo de parto, la atención y el tránsito del parto, los cuidados en el puerperio, la lactancia y la crianza en términos generales. En este temario compartido es que se advierten las particularidades que dan cuenta de la tendencia más intervencionista o más fisiológica del espacio. No es lo mismo que el CPP dedique un tiempo extenso a establecer qué elementos hay que llevar a la internación (exigencias institucionales) que detenerse a diluir temores sobre el parto en sí, los miedos y explicar el funcionamiento fisiológico del proceso reproductivo (tratamiento de los aspectos emocionales). La validación de los distintos ejes evidencia qué se privilegia en la atención obstétrica.

Es preciso establecer que la oferta de los cursos se cruza con las demandas de los/as participantes. Así, he advertido que las mujeres (y también sus parejas y/o acompañantes) tienden a concentrar sus consultas en tres puntos: a) “cómo me voy a dar cuenta de que estoy en trabajo de parto”; b) el miedo al parto y al dolor y c) qué llevar al momento del parto a la internación. A lo largo de la tesis de referencia he mostrado cómo estos elementos dan cuenta de cierta adaptación, por efecto de la socialización médica, a las exigencias institucionales y biomédicas y de desconocimiento del proceso fisiológico y del proceso reproductivo, que sin dudas responde a los efectos de entrega al saber-poder médico, que dificultan el ejercicio de ciudadanía reproductivas autónomas (Castro y Erviti, 2014). Es decir que dichas dimensiones puntuales y cotidianas dan cuenta de la internalización de ciertos imaginarios sobre los PEP, emergen como demandas de las mujeres y pueden identificarse como efecto de la socialización médica.

Me refiero a que en la consulta por los elementos necesarios para llevar a la internación<sup>3</sup>, la dificultad para transitar el miedo y dolor al parto<sup>4</sup>, y la búsqueda por encajar el propio proceso de parto en un esquema de *tantas contracciones por hora*, se puede advertir cómo se trabaja con el horizonte en la obediencia o en la emancipación de las mujeres; en tanto motivan o promueven mayores o menores rasgos de autonomía para la decisión de las mujeres o de ajuste a las expectativas médicas e institucionales.

Es visible, entonces, que algunos de los contenidos que incluyen en su temario los CPP no son parte de las preocupaciones de los/as participantes (como la lactancia<sup>5</sup>) que suelen enfocarse en el momento del parto y sus miedos frente al imaginario social de un parto doloroso, terrible, explosivo (basta ver la construcción cinematográfica y mediática de los nacimientos). Se advierte claramente aquella tensión entre naturaleza, “preparadas para parir”, y la cultura, que construye, legitima y potencia esos discursos emergencistas, que exigen la intervención para garantizar los nacimientos. En este sentido, es relevante retomar a Schwartz (2016) quien sostiene que el dolor en el parto es el eje articulador de las experiencias (y expectativas) de las mujeres y que en este sentido, a su vez, “habilita la intervención médica” (p. 290)<sup>6</sup> para su atravesamiento.

Volviendo entonces a lo que ofrecen los cursos, a continuación, a través de referencias a notas de campo, daré cuenta de ejemplos que permiten advertir zonas grises en los modelos de atención obstétrica mencionados.

En el CPP que brinda la obra social (el primero que investigué), advertí tensiones entre la presentación de un modo no sobreintervencionista de atención al PEP a partir de la descripción de la fisiología del proceso perinatal —a cargo de la obstetra—; la consideración de la búsqueda de un parto respetado como una moda o una rigidez —por parte de la psicóloga—; y un rol pasivo y de entrega al saber médico por parte de algunas participantes.

3. La necesidad de contar con una lista de elementos necesarios para el nacimiento y la internación provista por profesionales de la medicina, da cuenta del nivel de desconocimiento o descotidianización del evento perinatal, en tanto que para otras internaciones no solemos preguntar, lo cual expresa una vez más la búsqueda por adaptarse a las exigencias institucionales.
4. En la tesis me explayo sobre cómo a partir del modo en que se viven, transitan y conciben estos aspectos es posible vislumbrar efectos de cuestiones macro-sociales: la tendencia a la negación del dolor, la búsqueda del autocontrol de las emociones catalogadas como negativas, etc. Excede el objeto de este artículo, pero sobre sociología del cuerpo y de las emociones recomiendo la lectura de Scribano (2012).
5. De hecho, en la tesis de referencia di cuenta de que la lactancia aparece desatendida en la temporalidad de los cursos y del embarazo, y luego emerge como la principal preocupación y dificultad en el puerperio.
6. Asimismo, establece que: “La relación entre dolor y parto resulta un eje organizador de la experiencia; ya sea porque simboliza la puerta de entrada al vínculo madre-hijo, como prueba de amor; ya sea por el temor a transitarlo, legitimando la intervención de la institución médica, a través de la peridural y la cesárea fundamentalmente” (Schwarz, 2016, p. 185).

La psicóloga habló de la importancia de decidir pero sin ser inflexible e introdujo peyorativamente el tema del parto respetado, como una moda refiriéndose a personas que cuestionan todo. Una de las asistentes (que es médica) le dijo a la doctora que confiaba en ella, que ahí “Yo soy pasiva, soy paciente”. (Diario de campo, 26 de septiembre del 2016, curso de obra social)

La psicóloga plantea frases un tanto ambiguas entre sí: que las mujeres decidan, pero que respeten al médico; que el hombre participe pero por ahí no les gusta. (Diario de campo, 3 de octubre del 2016, curso obra social)

Estas citas tienen la riqueza de mostrar los matices entre los dos modelos de atención obstétrica que he venido describiendo en tanto, por un lado, la propuesta de la psicóloga sobre no ser inflexible y no planificar “por demás” el parto, puede ser interpretada como de re-subordinación de las mujeres: la última palabra la tiene el/la médico/a (o la *bendita* complicación<sup>7</sup>). Y en consonancia la operación simbólica de la mujer —que ejerce como profesional de la salud— de igualar las condiciones de pasividad y de paciente. Su profesión no resulta irrelevante, ya que esta articulación de los términos parece responder a los parámetros de la medicina y las relaciones médico-pacientes dominantes.

Sumado a esto, en relación con la atención del parto y la tensión entre las prerrogativas institucionales y los derechos de las mujeres, en este curso se desarrolla una visión fisiológica del parto, señalando algunas de las prácticas que la obstetricia hegemónica despliega rutinariamente, dando cuenta de su no necesidad. Sin embargo, y en paralelo, se naturaliza la posición litotómica —acostadas, en detrimento de la fuerza de gravedad, solo beneficiosa para el/la profesional que atiende— en los ejercicios de pujo a cargo de la profesora de educación física; lo que puede interpretarse como transmisión o internalización acrítica de esta intervención (práctica y simbólica) de la atención dominante.

En distintas partes del registro etnográfico que produce en este curso di cuenta de diversos elementos que hacían variar el discurso de modo acorde a uno u otro modelo. La revalorización de la cesárea o el descarte del derecho a decidir la posición para parir, por mencionar solo algunos, dan cuenta de que, como se mencionó, los modelos expuestos son solo analíticos, y allí radica la riqueza de analizar experiencias concretas: para dar cuenta de que la realidad siempre es más compleja.

El curso de la obra social no tiene convenio con ninguna institución sanitaria en particular —al igual que el que ofrece el gimnasio— por lo que la información que allí circula no responde a los lineamientos de un

7. La construcción simbólica de la complicación sirve, como he mostrado en la tesis, a los fines de la re-autorización de la decisión y discrecionalidad médica. Funciona como una probabilidad fantasma que adquiere el rango de sentencia o certeza según el uso que se haga de ella.

centro de salud particular sino a los *comunes* o *habituales* en la atención, según la concepción de quienes dictan el curso. Ello deviene en que, en su experiencia de atención del nacimiento de sus hijos/as, las mujeres participantes referirán diferencias o incongruencias con lo expuesto en el CPP: lo que sucede en sala de partos no suele respetar, responder ni reflejar lo trabajado en los cursos. Y aunque *a priori* parecería ser algo exclusivo de estos cursos que no están vinculaos a ninguna institución en particular, otro de los hallazgos de esta investigación es que dicha situación se repite en todos los cursos, pues, aunque respondan al nombre de una institución o incluso sean fomentados por ella, ni los cursos ni la atención obstétrica de todo el proceso perinatal responden a un marco común. En este orden de ideas, tanto lo que ocurre dentro de las *aulas* de los cursos como lo que ocurre dentro de las salas de parto parece, según las experiencias analizadas, estar bajo jurisdicciones distintas.

En otro de los CPP, el del hospital público, es donde fue más clara esta brecha entre el curso y la atención real. Durante los doce encuentros que presencié, se desplegó una interesante dinámica de empoderamiento y responsabilización de las mujeres. Este doble proceso trajo consigo, implicó y se amparó en cierta des-responsabilización del Estado en la garantía de derechos humanos, sexuales y reproductivos y del rol de los/as agentes de salud como funcionarios/as públicos/as.

En este curso, se repitieron y reafirmaron constantemente algunas ideas claves, por ejemplo, tales como que “el embarazo no es una enfermedad”, que “no hay que hablar de dolor, sino de malestar” ya que en el parto no se sufre daño; la constatación de que las mujeres “saben parir” porque tienen un cuerpo preparado para ello y no son solo un útero; que no hay que “tirarle el cuerpo al médico” en tanto hay que responsabilizarse por la propia salud y exigir respeto; que es preciso mantener un “cerebro activo e informado” para reducir el temor y el dolor al momento del parto, y, principalmente, que el parto es un momento efímero o puntual, y en ese sentido es clave generalizar las enseñanzas impartidas —relajación, alimentación, cuidados de la salud— para toda la vida. Dictado por Sandra, una partera que está a cargo del curso hace dos décadas, se presenta como un espacio de empoderamiento.

Es interesante remarcar que este CPP se da en la maternidad más grande de la ciudad, cuya tasa de episiotomías es de 90 % en primerizas, las cesáreas superan el 35 % —siendo que la OMS establece límites de 10 %-15 % para ambas prácticas— y la internación está completamente feminizada, por lo que los varones padres no pueden pernoctar junto a su mujer puerpera y su hijo/a recién nacido/a. Esa es la brecha a la que me refiero. Esas ideas reflejan una mezcla de cuestiones científicas, biomédicas y otras espirituales y “de sentido común” en la construcción del discurso dominante de este CPP, pero que reflejan una concepción personal de la partera a cargo, no así la expresión de una política o cultura institucional sobre la atención médica de PEP en el hospital. Este curso aparece como un espacio de circulación de información que cuestiona el modo hegemónico

de atención obstétrica, en tanto que la partera a cargo lo promociona como un “comodín” para mencionar al momento de la llegada a la internación, como una herramienta de poder antiintervencionismo<sup>8</sup>. Esto es, decir que *hiciste* el curso con ella y/o llegar con dilatación completa al hospital, son dos de las estrategias que ella comparte para disminuir la brecha y acceder a una atención humanizada.

En diversas situaciones en las que participé en dicho CPP, las usuarias narran experiencias que permiten advertir la diferencia entre los contenidos vertidos en el curso y la atención que reciben en la maternidad, siendo compelidas por la partera a exigir a los/as médicos/as que las atiendan respetuosamente. Es decir que les solicita tomar el compromiso por la propia salud y la responsabilización por su atención y sus procesos, lo que puede suponer la desresponsabilización estatal, institucional y médica, como se dijo antes. El empoderamiento femenino puede entonces implicar como consecuencia no buscada, una total responsabilización de las usuarias que enmascara la culpabilización por la atención recibida. El límite es fino. La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos no implica la ausencia estatal en su garantía y acceso.

Como mencioné, uno de los objetivos de los CPP es “bajar la ansiedad” dando información; saber qué pasará al llegar a la guardia detalladamente y quiénes estarán en la sala de parto resulta muy importante para las mujeres y sus acompañantes, que pueden así prever e imaginar cómo será el nacimiento, pero no pueden modificarlo (o no se les presenta esa opción). Este detalle del itinerario asistencial y de la escena del parto lo desarrolló solo en una de las clases especiales del curso del hospital público y en el módulo obstétrico del hospital privado<sup>9</sup>. Se trata de una apuesta por romper el velo de lo que pasa cuando la mujer entra a la institución y pasa a estar bajo su “jurisdicción”.

Junto a conocer y develar lo que ocurre puertas adentro de la institución, algunos CPP aportan a correr el velo sobre lo que sucede dentro del cuerpo y del proceso reproductivo. Así, aunque la partera del CPP del hospital público deslizó algunas cuestiones ligadas a un abordaje fisiológico, es en los cursos del gimnasio y en el hospital privado que la fisiología del parto aparece nominada como tal.

Para pensar el parto fisiológico y los aspectos culturales que lo intervienen proponen problematizar la triada saber pujar/saber respirar/saber parir. El poder está en el saber. Y no hay saberes expertos específicos necesarios para el parto. La fisiología está en nuestra “naturaleza mamífera”, nuestro rol de “mujeres como lobas”. (Diario de campo, 2017, 8 de marzo, curso gimnasio)

8. Sin embargo y contrario a lo que se podría interpretar, considera que el parto respetado es una moda, porque ella “siempre respetó”.
9. Es importante mencionar que sí hay mayor detalle de lo que ocurre en el proceso de recepción de los/as recién nacidos/as en todos los cursos, reproduciendo así la sobrevaloración de los/as bebés en el binomio madre e hijo/a.

Sobre el trabajo de parto, el doctor llama a entregarse a que ocurra la naturaleza en su cuerpo, entregarse no al poder médico sino al proceso natural. Además contra la estandarización dice: “los tiempos del TP son inconstantes, cambian de mujer a mujer” (Diario de campo, 2017, 16 de mayo, curso hospital privado).

Asimismo, en el curso de la clínica privada se expone, a través de una serie de diapositivas, la convivencia de visiones fisiológicas e intervencionistas del PEP. Por ejemplo, presenta “tres intervenciones con las que la medicina se apropia del proceso fisiológico”: la epidural, la episiotomía y la inducción. Si bien con esta carta de presentación y la elección del lenguaje parece que se desplegará una visión crítica del modelo hegemónico de atención obstétrica, a continuación se producen ciertas ambivalencias. Se establece que “poner la peri [anestesia] es una decisión médica pero la mujer tiene mucha voz y voto” y enseguida hace un listado de médicos/as que, en la clínica, “no trabajan por peridural”, es decir que ellos/as deciden. También sostiene que “se le da una oportunidad al parto” (como si fuera únicamente una decisión médica en el marco de una excepcionalidad), que quienes deben “conducir” el trabajo de parto son las parteras y que la inducción es una maniobra para “ponerle motor” al proceso dilatante y expulsivo. Esto me lleva a pensar en la concepción presente del cuerpo y del proceso como defectuoso, con total necesidad de la intervención médica, en términos de —siguiendo la analogía— una metáfora mecánica que también permite pensar en la aceleración, el freno y el control total de los tiempos por un/a otro/a.

Esto convive con la presentación crítica de las tres intervenciones prácticas señaladas y las ideas: “la obstetricia es un trabajo de paciencia” y “toda intervención médica tiene un riesgo” (iatrogenia). Entonces si bien existen tendencias a establecer que la medicina sí ha trastocado el proceso fisiológico y que eso genera riesgos, la última palabra, la decisión, es puramente médica. La ambivalencia en el discurso nos permite dar cuenta de los grises entre los modelos que mencionamos.

### **Enfoque de derechos o reproducción de la autoridad médica**

Si fuera posible dar una respuesta a la pregunta que guía este artículo, mencionaría que se ha ido advirtiendo que los CPP observados despliegan mayormente una tendencia hacia el empoderamiento, en una lógica procesual que entiende al embarazo, parto y puerperio en una continuidad de cuidados, que apela a la fisiología femenina como garante de nacimientos sanos sin necesidad de intervenciones médicas de rutina. Ahora bien, aunque ese parece ser el horizonte de trabajo, los contenidos y las improntas de los cursos parecen responder a las concepciones de cada uno/a de los/as profesionales a cargo, reproduciendo el personalismo en la atención obstétrica y en la garantía de derechos.

En otras palabras, el personalismo y la ausencia de una línea general de trabajo, atención, abordaje y concepción de los PEP genera una distancia

entre lo que se dice en los cursos y lo que finalmente sucede en los partos. Esto puede producir la improbable suerte de que, si el curso expresaba una tendencia más intervencionista, las mujeres se encuentren en el parto un modelo humanizado y respetuoso de atención; o se lleven la decepción de que su proceso de empoderamiento en cursos con tendencia más fisiológica y garante de derechos, choque con una atención intervencionista y medicalizante. Pero más allá del mero conflicto de expectativas, lo que quiero señalar es que en una misma institución puede convivir un espacio, el CPP, o algunos/as profesionales que empoderen a las mujeres y su entorno hacia el ejercicio de una ciudadanía reproductiva, con otros modos de trabajo que violan esos derechos. Entonces el personalismo puede implicar tanto médicos/as intervencionistas como médicos/as respetuosos/as, por lo que los grises y la convivencia de matices entre los modelos afecta el interior de las instituciones, la garantía de derechos sexuales y reproductivos, por la falta de líneas de trabajo comunes, con perspectiva de género y de derechos.

Como las posiciones médicas son ambivalentes y a veces contradictorias, tampoco es posible (ni es la intención de este trabajo) categorizar o etiquetar los cursos según su carácter. La intención sí es, a partir de la pregunta que titula este artículo, mencionar que los cursos, aunque se presenten como espacios que socializan y ponen en común información, tienen justamente el poder de utilizarla o dirigirla con determinados propósitos, a partir de los objetivos institucionales —o incluso macrosociales y culturales— de un sistema de salud que quiere garantizar la reproducción de la reproducción hegemónica. De hecho, la difusión de los derechos de las mujeres y su entorno al momento del nacimiento de sus hijos/as y de todo el proceso perinatal, que por disposición estatal y legislativa debería realizarse en estos espacios y en otros al interior de las instituciones sanitarias, no se garantiza en términos generales. En efecto, aunque es su obligación la difusión de los derechos, solo se mencionan la Ley N.º 25929 y los derechos sexuales y reproductivos en el curso del gimnasio —cuyo equipo a cargo está compuesto por profesionales militantes por el parto respetado— y en el del hospital privado —en donde el médico a cargo cerró su exposición enumerándolos—. Este hospital además otorga a los/as participantes un libro digital que establece las reglas hospitalarias, está casi totalmente centrado en el post-nacimiento y prolactancia y ahí menciona algunos derechos (aunque se podría concluir que un tanto limitados):

Durante tu estadía tenés derecho a recibir un trato amable y respetuoso. Recibir información por parte del personal acerca de los procedimientos que te van a realizar y elevar a la supervisora del piso cualquier sugerencia sobre la atención, tu opinión es muy importante para nosotros. Asimismo podés estar acompañada (por una sola persona) las 24 hs, recordá que el acompañante debe permanecer debidamente vestido. (Manual de maternidad, hospital privado)

En relación con cómo aparecen los derechos en los otros cursos, noté que se menciona la idea del parto respetado peyorativamente en el de la

obra social, y muy poco en el hospital público y la clínica privada. El parto respetado sigue apareciendo disputado y construido como una moda, capricho clasista o innecesario, negando que se trata de un derecho sexual y reproductivo establecido por ley en Argentina, cuya violación constituye una modalidad de violencia de género según otra legislación (la Ley N.º 26.485): la violencia obstétrica.

Lo mencionado hasta aquí permite ir viendo de qué modos durante el embarazo se van desplegando diversos mecanismos que socializan a las mujeres y su entorno para la obediencia o la sumisión a las lógicas institucionales —la espera, el control de los tiempos, la necesidad de la interpretación médica, entre otros—, al mismo tiempo que se mencionan algunas cuestiones de derechos y fisiología. En términos de tiempos dedicados a explicitar exigencias institucionales, se erigen como un instrumento para generar obediencia al momento de la atención al parto a través del despliegue del detalle, tanto de las normas institucionales como de las prácticas médicas que se “acostumbran” en esa institución, convirtiendo el acceso a la atención personalizada y garante de los derechos en una desviación de la norma y cultura institucional. Sostengo que cuando en los CPP se establece o enumera descriptiva e ingenuamente cuáles son las “costumbres en la atención médica de PEP” de tal o cual institución o profesional, se establece en realidad una normalidad o normatividad en la atención, que emerge como un innegociable incuestionable y que, muchas veces, va contra los derechos sexuales y reproductivos. Prevalece, entonces, la dimensión institucional por sobre las dimensiones de la experiencia personal de las mujeres y su entorno; experiencia que incluye expectativas, deseos, miedos, saberes, además de derechos.

¿Qué empoderamiento real se puede garantizar si sigue primando por sobre el Estado de derecho y las legislaciones vigentes, la normativa institucional de sanatorios y hospitales, que rige, regla y uniformiza todos los PEP?

En este punto, para finalizar, creo fructífero centrarme en un aspecto que podría marcar la diferencia y acortar la brecha entre lo que se dice en los CPP y lo que ocurre en las salas de parto: trabajar en las relaciones entre médico y pacientes. Esto es, el modo en que los/a profesionales de la salud dictan el curso, las formas de relacionarse con las usuarias, de presentar su concepción de la atención, nos permite analizar —tangencial o indirectamente— las relaciones entre médico y paciente presentes intercurso y extracurso. Sobre las primeras, en mis observaciones noté que el modo en que los/as coordinadores/as médicos/as del curso ejercen la construcción o transmisión del saber, revela en sí mismo el proceso de medicalización y autorización médica de los discursos. Se trata de la constatación del conocimiento autoritativo (Sadler, 2004), a través de lo “médicamente probado”, “lo científico”, “lo médico”. Sin embargo esto convive con modos de relacionamientos más cercanos y afectivos.

Sobre las relaciones entre médicos y pacientes extracursos, en este espacio, al convertirse muchas veces en un espacio de catarsis, suelen

mencionarse cuestiones que hacen referencia a la relación de las mujeres y sus parejas con su médico/a obstetra, haciéndose visible que no se le da centralidad a estos aspectos. Considero que podría ser un objetivo fructífero de los cursos empoderar a las mujeres para manejar la relación de otro modo, poder preguntar, cuestionar, proponer, interrogarse. Esto en relación con lo que Grimberg (1995) refirió con su concepto “micropolítica de la medicina”, refiriendo la (re)reproducción y refuerzo de las relaciones socioeconómicas y políticas desiguales estructurales en el nivel micro de las relaciones entre médico y paciente.

En algunos CPP advertí que la atención se centra más en la figura de la mujer, en sus responsabilidades y posibilidades sin cuestionar la “autoridad médica”. En otros se llama a la construcción de un proceso de negociación, olvidando u omitiendo el fundamental diferencial de poder que asiste a las partes en la relación entre médico y paciente.

El doctor llama al consenso médico-paciente para elegir la posición para parir. Aconseja hablar con sus médicos de cabecera (no instituciones). “El médico obstetra está para asistir alguna complicación... el parto se hace solo”. Se refiere a la “proeza obstétrica” irónicamente, contraponiéndolo a la no necesidad. (Diario de campo, 15 de mayo del 2017, hospital privado)

De todos modos, siendo que es la institución y son los/as profesionales quienes tienen que garantizar el acceso al parto humanizado y a una atención fisiológica de este, serían precisas más capacitaciones en perspectiva de género y derechos humanos al personal de salud, a modo de CPP para profesionales obstétricos.

### **A modo de cierre y recapitulación: las experiencias concretas**

La posibilidad metodológica y teórica que me dio entrevistar a algunas de las mujeres con las que realicé los cursos en una etapa posterior a sus partos, tuvo la riqueza de permitir visibilizar qué evaluación realizan de dicho tránsito y de la información que obtuvieron. Esta riqueza radica en la corroboración de lo analizado, en términos de que existe un desajuste entre los contenidos y las formas de los CPP (y el mensaje simbólico que transmiten las instituciones y los/as profesionales sobre ellas, sus procesos y sus emociones) y lo que realmente ocurre desde que se “recibe el trabajo de parto (TP)” en la institución o el/la profesional en el domicilio hasta el posparto inmediato.

Durante mi etnografía por el hospital público, no dejé de pensar que esas cuatro paredes en las que se daba el curso, eran la excepción y no la regla sobre la atención obstétrica pública. En la cantidad de expectativas fallidas, porque la atención personalizada —que aparece como un privilegio de clase en las experiencias analizadas— se reemplaza por un “*te toca quien te toca*” en la recepción del trabajo de parto, y por la falta de una política clara de humanización de la atención, lo que deviene en que casi todo se ampara en la voluntad personalísima de cada profesional. Si el curso te enseña

que el parto es tuyo, quizás el/la médico/a que te asignan, piensa que no. Y ese desajuste esconde la violación a derechos sexuales y reproductivos.

Consulté a algunos/as de mis entrevistados/as sobre qué evaluación realizaban, pasada la experiencia del parto, de la información y el tránsito por los CPP: la forma, los contenidos, el público, etc. Retomo aquí el fragmento de una entrevista al respecto.

¿Te sirvió el curso?

Johana: Ni [sic]. Pero por una cuestión de que, no es que yo sé todo, obviamente es la primera vez, hijo primero, pero tengo una hermana que tiene tres nenes. O sea, yo viví con mi hermana los embarazos y el post y el pre y el todo. Entonces como que, obviamente que cada uno tiene su experiencia para contar sus cosas pero eh, más o menos lo que me iban contando, había muchas cosas que estaban buenas que no lo sabés, o sea, “y bueno, ¿cuándo sé que voy a tener, cuándo va a nacer?”. “Te vas a dar cuenta”. Bueno, yo qué sé (risas). Eso que te digan así, como “bueno, te vas a dar cuenta”, no, no, tenés que vivirlo para decir “sí, sí, ya viene” porque te morís del dolor ¿no? Pero bueno, sí sirvió en un montón de cosas. A él le sirvió mucho porque él no estaba ni siquiera enterado de nada, no tiene en su familia, él es hijo único, entonces no tiene hermana, no tiene sobrina, no tiene como para decir “bueno, estoy un poco más empapado” en ese sentido. Pero, a mí me sirvió alguna que otra cosa, pero bueno a él le sirvió mucho más, creo yo (risas). (Entrevista 17, Johana y Damián, parto en hospital privado, curso de preparto en obra social, 2017, 4 de septiembre)

Este fragmento permite ver dos cosas. Primero cierta paradoja de la medicalización de los PEP: no se confía en que el propio cuerpo va a dar señales claras que van a poder interpretar sobre el comienzo del trabajo de parto, por ello “van a la medicina” y esta las vuelve a la intuición con un “te vas a dar cuenta” que no despeja las dudas. Segundo, la importancia del “parto transmitido” de las mujeres de su familia, como universo de imaginarios y discursos que circulan, y el hecho de que el curso sirviera como cúmulo de saberes para su pareja, que no cuenta con esas experiencias femeninas o maternas cercanas. Y, en esta segunda parte, es posible pensar un efecto secundario positivo de los cursos en tanto permiten *informar* a los varones padres. En el caso de esta pareja el varón tomaba nota, preguntaba y aprovechó el CPP como insumo de la información que la médica obstetra no les daba en las consultas prenatales. Por ello, se suma que los diferenciales de puntos de partida para mujeres y varones —por la simple socialización de género hegemónica— deben ser considerados a la hora de estimular aún más la participación de estos últimos en dicha clase de espacios.

Otras entrevistadas tuvieron opiniones diversas respecto a su experiencia con el curso de preparto: lo que esperaban y lo que sucedió —en términos positivos o negativos—, las dificultades de horario o espacio que

encontraron, lo que les aportó y lo que no, cómo utilizaron las “formulitas” para saber en qué momento de las contracciones acercarse a la guardia, a la clínica o contactar al personal.

En las charlas posparto las mujeres tienden a responsabilizarse y culparse por no lograr los partos a los que aspiraban. Aunque tal vez puede considerarse que informarse puede ser responsabilidad suya, las condiciones reales de decisión y control les escapan: desde las cuestiones fisiológicas de su cuerpo hasta la presencia del Estado y el cumplimiento de las leyes, y la atención médica digna y respetuosa.

El curso de parto emerge entonces como un espacio a veces de catarsis, a veces de acompañamiento y de conocimiento de herramientas centradas, sobre todo, en el momento del nacimiento. Se trata de espacios asistenciales y pedagógicos que adquieren rasgos peculiares según los grupos e instituciones coordinadoras. La propuesta de cursos que empoderen a las mujeres en sus capacidades fisiológicas y promuevan un enfoque de derechos y género, aún requiere trabajo<sup>10</sup>.

De igual modo, en trabajos futuros será preciso sumarnos a los debates socioantropológicos en torno al concepto de “empoderamiento” en tanto que, como señalan los trabajos de feministas académicas como Abu-lughod (1998) y Butler (2007), “los conceptos de autoestima y de fortalecimiento de poder deben ser revisados a la luz de los contextos y decisiones colectivas de manera situada, considerando que los mecanismos de subordinación nunca son universales ni universalizables” (Kunin, 2019, p. 333).

Es interesante ver que hay mayor conciencia y registro de las intervenciones prácticas pero aún no de las de carácter simbólico y de dominación que se plasman en la atención obstétrica. A veces estas últimas se asignan a profesionales individuales, mencionando su tendencia a ser de una u otra manera, pero no pudiéndolo ver como parte estructural del problema.

La propuesta del artículo versó en conocer de qué modos los CPP promueven la obediencia al modelo médico y sus normas y protocolos o, por el contrario, buscan generar espacios de autonomía de las mujeres, en el marco de un enfoque de género y derechos humanos, y una *vuelta a la fisiología*. El desarrollo descriptivo y analítico al respecto permite concluir que existen grises, tensiones, expectativas, metodologías y discursos diversos, pero que sigue primando una brecha entre lo que se dice en los cursos y lo que pasa en sala de partos, por la ausencia de líneas de trabajo generales que promuevan la atención obstétrica respetuosa de derechos de las mujeres y personas gestantes.

El parto transmitido, construido como un tótem que se alimenta o que se cuestiona, sigue siendo aquél que supone mujeres pariendo acostadas,

10. Esta tensión también ha sido trabajada previamente, en tanto: “Los cursos de preparación para el parto también fueron cuestionados desde el análisis institucional que postula que la psicoprofilaxis obstétrica opera como ‘conjunto tecnológico’ en el cual la preparación implica una aceptación de las prácticas que se le realizan y no una capacitación que otorgue protagonismo a la mujer sobre su proceso de parto (Videla y Grieco, 1993: 258)” (Fornes, 2011, p. 143).

solas, medicadas, patologizadas, inmovilizadas y sometidas a la autoridad y discrecionalidad médica. Es necesario que se multipliquen las voces de otras mujeres con experiencias de partos humanizados, para generar nuevos imaginarios, amparados en un enfoque de derechos humanos e igualdad de género, que permitan pensar no ya en nacimientos traumáticos, sino empoderadores, en los que las instituciones y la atención médica se adapten a ellos y no al revés.

## Referencias

- Abu-Lughod, L. (1998). Feminist longings and postcolonial conditions. In L. Abu-Lughod (ed.), *Remaking women: Feminism and modernity in the Middle East* (pp. 3-32). New Jersey: Princeton University Press.
- Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* (tesis publicada). Doctorado en Antropología, Universitat Rovira i Virgili, Terragona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/8429#page=1>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (2002). *Ciudadanos sin brújula*. México: Ediciones Coyoacán.
- Cancino Pérez, L. (2011). Aportes de la noción de imaginario social para el estudio de los movimientos sociales. *Polis. Revista Latinoamericana*, 28. <https://journals.openedition.org/polis/1151>
- Camacaro Cuevas, M. (2000). *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos* (tesis publicada). Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata, La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM, CRIM
- Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*, 19(1), 37-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>
- Cegarra, J. (2012). Fundamentos teórico epistemológicos de los imaginarios sociales. *Cinta de moebio*, 43, 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2012000100001>
- Fornes, V. (2011). Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En K. Felitti (coord.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina*. Buenos Aires: CICCUS. 133-154.
- Giberti, E. (2007). El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos. *Evagiberti.com*. <http://evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/>
- Grimberg, M. (1995). Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en antropología y salud. En M. Alvarez, y V. Barreda,

(comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica* (pp. 31-50). Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.

- Kunin, J. R. (2019). El poder del cuidado: mujeres y agencia en la pampa sojera argentina (tesis publicada). Doctorado en Antropología Social, Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/106601/CONICET\\_Digital\\_Nro.12349819-ca3c-428e-9002-8b7d8017861c\\_A.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/106601/CONICET_Digital_Nro.12349819-ca3c-428e-9002-8b7d8017861c_A.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Magnone Aleman, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización* (tesis publicada). Maestría en Sociología, Universidad de la República, Montevideo. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8256>
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En M. Sadler, M. E. Acuña, y A. Obach, *Nacer, educar, sanar: oiradas desde la antropología del género* (pp. 15-66). Santiago de Chile: Catalonia.
- Schwarz, P. (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3(10), 93-113. <https://www.redalyc.org/pdf/2732/273224904008.pdf>