

GT N 34: Perspectivas y desafíos del Trabajo Social en los procesos de producción de Políticas Públicas

Del privilegio a la garantía de derechos: hacia la elaboración de un diagnóstico sobre violencia obstétrica en el distrito de San Vicente, Bs. As.

Lic. Maria Paula Cabañez Silva

[Mpaula\\_tsocial@yahoo.com.ar](mailto:Mpaula_tsocial@yahoo.com.ar)

Facultad de Trabajo Social- UNLP/ Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Regional Sur-Sur.

## **INTRODUCCIÓN**

En abril de 2018 salí de la guardia de un hospital público llorando, con una orden abollada en la mano. Ese día y los siguientes, me pregunté quién debía hablar de violencia obstétrica.

Cuando con un transductor vaginal me hicieron una ecografía a las 7 semanas de embarazo, y el técnico le dijo a mi compañero que “esto no hace nada, sino imagínate que no la vas a poder meter en 9 meses”, me pregunté cómo, cuándo y dónde podemos “entonar” nuestra reacción, nombrar y actuar frente a un abuso.

Cuando fui a parir, y la partera me decía que puje “ahora que ella se había puesto los guantes”, me convencí de que las que tenemos que hablar de violencia obstétrica somos nosotras, nuestros acompañantes, nuestra familia, nuestros amigos, les profesionales, les trabajares de salud, porque la violencia obstétrica es un problema de salud pública. No es un problema ni de nuestra inexperiencia, ni de nuestra sensibilidad ni de las hormonas; es una forma más de violencia de género.

Este trabajo pretende recuperar la experiencia de un grupo de mujeres que comenzó a reunirse con un objetivo claro: que todas las personas con capacidad de gestar estén informadas sobre el funcionamiento de su cuerpo y sobre sus derechos.

## **LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN DATOS**

Podemos conceptualizar a la violencia obstétrica como el trato irrespetuoso y ofensivo que reciben las personas gestantes por parte del personal de salud durante su embarazo, parto o posparto. Generalmente, se trata de una práctica sistemática, naturalizada e invisibilizada.

En nuestro país existe un marco legal que protege a las personas gestantes contra este tipo de violencia. Cabe destacar que estas leyes son de cumplimiento obligatorio

en todas las provincias del país y en todas las instituciones de salud, sean de gestión pública o privada. Retomo tres leyes que resultan fundamentales:

Ley 26529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud donde se establece el derecho a la asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información clara, suficientes y adecuada, y a la interconsulta médica.

Ley 26.485 de Violencia contra las mujeres la define como como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en el trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. También especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica.

Ley 25.929 de Parto Respetado establece una serie de prestaciones obligatorias relacionadas con el embarazo, trabajo de parto y postparto.

Según el Observatorio de Violencia Obstétrica autogestivo de la organización Las Casildas, puede decirse sobre las mujeres que:

4 de 10 sintieron que ellas o sus bebés corrían peligro.

4 de 10 no se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos al momento del parto.

3 de 10 vieron negada la posibilidad de estar acompañadas al momento del parto.

7 de 10 no pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto.

7 de 10 sufrieron la rotura artificial de la bolsa.

8 de 10 tuvieron episiotomías de rutina.

7 de 10 no supieron que prácticas le realizaron a su hijo/a, ni brindaron consentimiento para ello.

5 de 10 tuvieron partos inducidos.

4 de 10 dijeron no haber recibido asesoramiento para amamantar.

4 de 10 no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su bebé.

## **Relato de la experiencia**

Muchos profesionales esconden la violencia obstétrica tras el velo que ofrece la frase “la moda del parto respetado”. Para ellos el respeto por los derechos de las personas es una moda, sin embargo, esta sencilla frase es la que nos permite comprender por qué en nuestro país hubo que generar una ley que diga que, las personas gestantes, tienen derecho a recibir un vaso de agua durante el trabajo de parto o estar acompañadas por una persona de su entera confianza o poder estar con su hijo desde el momento de su nacimiento y que no se le realice a este ningún tratamiento invasivo.

Sin dudas, si hubo que legislar sobre el respeto, se intuye que la situación a revertir es grave y las estadísticas así lo confirman. El cumplimiento de la ley 25.929 de Parto Respetado es una materia pendiente; en el actual contexto social, económico y político, caracterizado por una nueva avanzada de las ideas neoliberales respecto al rol que debe cumplir el Estado; la desaparición del Ministerio de Salud de la Nación posterior a la subejecución y reducción presupuestaria, que se reflejó en el recorte y vaciamiento de programas esenciales para la salud sexual y en aquellos programas que ofrecían respuesta ante las situaciones de gestación, parto y lactancia.

Si hacemos un recorrido de los saberes que circulan respecto al cuerpo de las mujeres y su funcionamiento, nos encontramos con un sinnúmero de mitos y tabúes. El cuerpo femenino no se nombra, se hipersexualiza como objeto de consumo, pero no se sabe muy bien cómo funciona. En gran parte de los datos relevados, las personas gestantes nunca fueron informadas respecto a, por ejemplo, el funcionamiento de sus glándulas mamarias o la ubicación de sus órganos sexuales o métodos anticonceptivos. No hay quien se encargue de ofrecer información justa, certera y suficiente, entonces lo que circula, es el saber popular, los mitos, la transmisión que se hace culturalmente de saberes, con murmullos. Muchos de estos saberes no están comprobados pero tienen valor de verdad. Lo único que puede ponerlos en cuestión es el saber médico (que también se sostiene con bastantes afirmaciones no comprobadas). Entonces, lo que plantea Violeta Osorio (2019) cobra sentido “Las mujeres siempre hemos parido en los términos que la sociedad patriarcal nos impuso. Los avances médicos pudieron habernos dado la tranquilidad de atravesar de forma saludable posibles complicaciones pero lo que obtuvimos fue un modo cruel e invasivo que se refugia en la promesa de la *seguridad*”

Este ocultamiento del saber sobre nuestros cuerpos, tiene como objetivo el control de nuestros cuerpos, apropiarse de nuestra sexualidad y apropiarse de momentos únicos como la gestación y el parto. Frente a esta situación de desconocimiento de la fisiología, las posibilidades de las mujeres frente a esta situación son diversas.

Si bien la falta de información unifica a todas las mujeres, lo que las diferencia son las oportunidades. Aquellas que tienen posibilidades económicas o cuentan con obra social, que pueden elegir una profesional y pueden elegir una clínica, quizás puedan establecer una relación de respeto con ese profesional y sentirse realmente acompañadas. Si bien no es la obra social lo que habilita las posibilidades de negociación de las relaciones con los profesionales que acompañan, el hecho de tener obra social amplía el escenario, y esto es un condicionante no menor a la hora del análisis.

Hay mujeres que resuelven esa encrucijada accediendo a espacios de circulación de saberes que no son ni públicos ni gratuitos esto deja en total desventaja a las mujeres que no tienen esa posibilidad y que la atención se da en solamente en manos del sistema público de salud que, se ve, resulta insuficiente. A partir de esto, elegimos hacer un recorte y pensar en las mujeres que no tienen la posibilidad de tener una alternativa a lo que ofrece el sistema público de salud. El acceso a información lejos de ser un derecho se transforma en un privilegio. Quienes pueden pagar acceden a información y acompañamiento que les permite tomar decisiones y transitar su gestación, parto y lactancia por fuera de la oferta corriente, garantizando no atravesar situaciones violentas.

Para las mujeres cuyos derechos básicos son vulnerados, traer a la luz sus derechos como gestante, también reviste cierto grado de violencia porque señala *algo más* que no están pudiendo hacer, la opción que les queda a estas mujeres es hacerse invisibles, naturalizar la violencia en muchos ámbitos de su vida. No poder comer y no poder darle a sus hijos ropa que los abriga del frío ni que esté limpia ni que no esté rota, es violento. La pobreza es violento la violenta. Lo que le queda a esas mujeres es arañar dignidad en momentos extremos y de soledad. Muchas mujeres cuentan *“agarré mi bebé y me fui”, “me puse a gritar en el pasillo, porque me habían dejado ahí sola, un montón de tiempo”, “me dijeron que no grite, pero yo grite igual”*. Estos “actos heroicos” son lo que traen un poco dignidad ante la inexistencia de una política de cuidado desde los equipos de salud.

En este contexto, y en este recorte es donde vamos a inscribir nuestra propuesta. Elegimos hacer este recorte donde trabajar con mujeres de sectores populares en situaciones y vulnerables económica y social. Ineludiblemente tenía que ser gratuita, porque sabemos que así sea una colaboración a voluntad al recaer también toda la situación cuidado de las familias en las mujeres lo que el primer gasto que se recorta es el que está destinado a ella misma y esto no es algo nuevo.

Planificamos un espacio de encuentro de mujeres gestantes, en primera instancia. Lo pensamos en un centro cultural en el centro de la ciudad de San Vicente, para

después trasladarnos a varios barrios de la ciudad de Alejandro Korn, en barrios ubicados en lo que sería “la periferia”.

Si bien los espacios de encuentro entre personas gestantes siempre favorecen la creación de redes de sostén afectivo, esto resultaba escaso frente a la magnitud de los relatos que, lejos de agotarse en las situaciones de violencia obstétrica, se ampliaban y diversificaban: la violencia obstétrica era la punta del iceberg y lo que empezaba a develarse era también la conformación de vínculos de pareja violentos, en los cuales las negociaciones de la vida cotidiana se veían imposibilitadas. Las respuestas que se podían dar, desde el encuadre que ofrece un taller para personas gestantes, eran limitadas.

Al mismo tiempo, empezábamos hacer un análisis en relación a por qué frente a la problemática de la violencia obstétrica -frente a las escasas posibilidades que nos ofrece el sistema para estar en paz para parir en paz para lactar en paz- la acción posible es que las mujeres se informen y “se empoderen”; en tal caso, bastaría con informar a las mujeres. Es por eso que decidimos doblar la apuesta y empezar a construir alianzas, un proceso de diálogo con diferentes espacios políticos que tenían trabajo territorial del que participan con mujeres.

Nos abocamos a trabajar en la construcción de una mesa de trabajo de géneros y diversidad, donde comenzar a encontrarnos y delinear estrategias que permitan instalar en agenda las problemáticas que empezábamos a relevar. En este espacio confluyen diferentes organizaciones políticas y sociales.

En el mes de agosto de este año, esta mesa se organiza y lanza la Regional Sur-Sur de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Para los meses siguientes, se planifica un relevamiento sobre la situación del distrito de San Vicente en relación a la violencia obstétrica en conjunto con la organización feminista Las Casildas.

### ***Reflexiones finales***

En la actualidad, a partir de la conformación de la Regional Sur-Sur de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, y en vinculación con la articulación de una mesa de géneros y diversidades, se busca impactar en el armado de la agenda política del distrito y generar las condiciones para que la gestión municipal implemente acciones respecto a la garantía de derechos de las personas con capacidad gestante; esto incluye a la negación de una interrupción legal del embarazo como parte de la vulneración de derechos.

En este sentido, se está trabajando en la elaboración de un diagnóstico participativo respecto a la situación actual del distrito en el cumplimiento del marco normativo y, fundamentalmente, en el funcionamiento de los servicios del primer y segundo nivel de atención de la salud.

Con los diferentes instrumentos de relevamiento se busca, no solo recolectar los relatos de las personas sobre la vulneración de sus derechos, sino también recuperar las acciones de formación de los equipos técnicos interdisciplinarios llevadas a cabo por el gobierno municipal.

*¿Cuál es el desafío profesional de los trabajadores sociales?* Visibilizar la violencia obstétrica y cuestionarla. Acompañar procesos de organización y disputa en la agenda pública para que los diferentes niveles de gestión estatal, tomen para sí los reclamos y generen políticas públicas acordes a las necesidades existentes. Como parte de los equipos de salud, también el desafío reside en construir canales de acceso cuidado y respetuoso de los diferentes saberes, a información respecto a la gestación, parto, puerperio y lactancia. Acompañar los procesos de toma de decisión y los contextos en que éstas suceden. En este sentido, cabe destacar que no alcanza con señalar mediante herramientas comunicacionales corrientes, listando derechos, mitos u obligaciones, sino aproximarnos amorosamente a las personas, ofreciendo escucha cálida y comprensiva, porque si bien se ha iniciado un proceso de visibilización de esta problemática, muchas personas han tenido que naturalizar la violencia obstétrica como una forma de supervivencia.

## Bibliografía

- Bell, Laura (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista de Redbioética/UNESCO, Año 4 (7): 25 – 34.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer v.14 n32. Caracas.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011). Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. Santiago del Estero, Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Fornes, Valeria Lucia (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia en el parto. 1 Congreso interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Universidad Nacional de Córdoba.
- García Carrascosa, Laura. (2010). El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural.

- Gianfrini, Maria Flor – Iotti, Andrea. Acerca de la práctica del comunicador/a en las organizaciones.
- Informe final sobre la encuesta de atención al parto/cesárea. (2015) Las Casildas. <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVY1U/view>
- Jerez, Celeste (2014). Partos empoderados: Clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Ley 25.929
- Ley 26.485
- Ley 26.529
- Menéndez, Eduardo (1992). Modelo medico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Características estructurales. En: La antropología medica en México. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección nacional de maternidad e infancia. (2013). Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal, y puerperal. Argentina.
- Osorio, Violeta – Saraceno, Francisco (2019). Mujeres invisibles. Partos y patriarcado. Ed. Interseccional. Buenos Aires. Argentina
- Rodríguez Bustos, Casilda (2008). Pariremos con placer. Ediciones Crimtales. Murcia.