

# PARTO RESPETADO

ADAPTAR EL RELATO PARA TRANSFORMAR



CATALINA AGUIRRE  
GISELA MAIZARES

**Parto Respetado: Adaptar el relato para transformar**



Aguirre, Catalina

Legajo: 27407/7

Mail: catalina.aguirre98@gmail.com

Maizares, Gisela Edith

Legajo: 25264/2

Mail: giselamaizares@live.com

Facultad de Periodismo y Comunicación Social

Directora: María Silvina Souza

Asesora: Verónica Brentassi

Fecha de presentación: Noviembre 2022

**Nota de las autoras:** El lenguaje es un espacio de lucha y un instrumento de visibilización, por esta razón, en la presente memoria tomamos la decisión política de nombrar a todas las identidades sexuales para aportar a la igualdad. En este sentido, haremos uso puntualmente de la "e" y de las herramientas gramaticales que nos dispone el castellano para utilizar el lenguaje de una manera inclusiva. Por el contrario, no emplearemos la "x" o el "@", para que pueda ser leída por dispositivos de lectura por voz.

## **Agradecimientos**

### **Catalina**

Quiero agradecer en la presente memoria, a quienes hicieron posible el hecho que hoy esté transitando esta instancia, a mi mamá Karina, a mi papá Marcelo y a mi hermano Santiago. A las personas que me brindaron su apoyo y su amor desde el comienzo, la abuela Pichi y el abuelo Héctor.

A Eugenia por su apoyo incondicional.

Y a Cande y Anto por la compañía en todo mi proceso académico.

### **Gisela**

Agradezco eternamente a mi familia, que a pesar de la distancia siempre estuvo dándome ánimo.

A mis amigos que me bancaron y me apoyaron, Geor, Naty, Ludmi, Caro, Ali, Romy, Gabi y Eri.

A Lucas y Valentina, que me acompañaron en este largo pero hermoso camino.

A ese gran grupo de compañeros que conocí en la carrera y que fueron mi sostén, Dai, Fran, Pehuén, Agus, Gonza y Juli.

A Sabri, Seba y Diego, que en el último tiempo con su apoyo me impulsaron a cerrar este proceso.

A Gastón, nuestro salvador logístico.

Gracias especialmente a Violeta Osorio, Francisco Saraceno y Vanina Rolla por la disposición y acompañamiento a lo largo de nuestro trabajo.

A nuestra directora, Silvina Souza y a nuestra asesora, Verónica Brentassi.

Y a todes les compañeres que coincidimos en el camino.

## Tabla de contenido

Agradecimientos	4
Catalina	4
Gisela	4
Resumen	6
Adaptar el relato para transformar	6
Desarrollo del contexto sociopolítico	7
Antecedentes para la producción	10
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Perspectivas y herramientas teórico-conceptuales	17
Género y violencia obstétrica	17
Modelo médico-hegemónico	19
Personas gestantes y discapacidad	20
La comunicación como herramienta de transformación	23
Justificación y argumentación de la creación de la producción comunicacional	25
Desarrollo del proceso de producción y justificación de los recursos elegidos	27
Etapa de preproducción	27
Etapa de producción	29
Etapa de postproducción	42
Consideraciones finales	43
Referencias	46
Anexos	50

## Resumen

Nuestro proyecto consistió en realizar una producción audiovisual, en conjunto con la organización Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (OVOA), sobre violencia obstétrica y ley de parto respetado, cuyo contenido sea inclusivo para personas gestantes con discapacidad visual y auditiva. En este sentido, entendemos que estas problemáticas afectan en un mayor nivel a las personas con discapacidad, no solo en las salas de parto, sino también, a la hora de acceder a la información. Por esta razón, el objetivo fue desarrollar un producto comunicacional, con herramientas accesibles, capaz de sensibilizar a este colectivo sobre la temática y que conozcan cuáles son sus derechos a la hora de parir.

**Palabras Clave:** Parto Respetado - Violencia Obstétrica - Discapacidad - Comunicación Inclusiva - Accesibilidad - Derechos Humanos - Igualdad.

### Adaptar el relato para transformar

A la hora de pensar nuestro TIF en conjunto con el Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina, comprendimos su necesidad de realizar una producción accesible para personas con discapacidad, porque en el último tiempo algunas personas con discapacidad visual y auditiva, se acercaron a la organización en búsqueda de información. Es desde este punto que llevamos adelante un proceso de pre-diagnóstico, a lo largo de tres meses, por medio de charlas, entrevistas y búsqueda de información con personas e instituciones afines a la temática, como por ejemplo, el Centro de Inclusión Libre y Solidario de Argentina (CILSA) y Vanina Rolla, intérprete en Lengua de Señas Argentina (LSA). En base a los contactos realizados, concluimos que existe poca información accesible sobre violencia obstétrica y parto respetado para las personas con discapacidad.

Así fue como decidimos desarrollar los guiones de un ciclo de videos explicativos denominado Mi parto, mi decisión, que consta de doce capítulos divididos en tres ejes. En el primer eje, conceptualizamos qué es la violencia obstétrica, el marco legal y ejemplos de situaciones que implicaría violencia obstétrica. En el segundo, analizamos los procesos socioculturales que nos llevan a hablar de violencia obstétrica y el camino hacia el parto respetado, con extractos del libro *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado*. Y el tercero, es un espacio en el cual diferentes personas con capacidad de gestar exponen las situaciones que han experimentado durante el embarazo, el parto y el post parto. En el marco del trabajo de

este TIF, decidimos llevar adelante la realización integral del primer guión a modo de episodio piloto.

Como ya mencionamos, el producto final tiene la característica de ser accesible para personas con discapacidad visual y auditiva. Para esto nos valimos de diferentes recursos técnicos como un recuadro con intérprete en lengua de señas argentinas (LSA), un subtítulo y un cajón negro con el cual se logrará el contraste entre la figura y el fondo. Para las personas con discapacidad visual, empleamos el formato de audiodescripción al usar imágenes. Sin embargo, entendemos que estas herramientas no son propias o excluyentes, sino que pueden ser de utilidad para el público en general.

La redacción del guión fue realizada en base a la perspectiva epistemológico-política que tienen quienes representan a la organización: el feminismo radical que “Sostiene que la mayor contradicción social se produce en función del sexo y propugna una confrontación. Las mujeres estarían oprimidas por las instituciones patriarcales que tienen el control sobre ellas y, fundamentalmente, sobre su reproducción” (Gamba, 2008). Dentro de sus características, está el rechazo a contribuir a la ausencia de las mujeres dentro de los discursos. Por esta razón, acompañamos la decisión de la organización, en cuanto al producto, de no utilizar el lenguaje inclusivo y nombrar a “mujeres” en lugar de “personas gestantes”.

En este punto, nos parece importante aclarar que la utilización de persona o cuerpo gestante, se debe al reconocimiento de quienes tengan capacidad de gestar: hombres trans, personas no binarias, lesbianas y otras identidades de género que pueden embarazarse (Pérez González y Núñez Tomas, 2020).

El material audiovisual está disponible en la cuenta de Youtube OVO Argentina. A su vez, será difundido en las redes sociales de las organizaciones que fueron parte del proyecto, a través de vídeos promocionales de cada capítulo.

## **Desarrollo del contexto sociopolítico**

Para comprender nuestro rol como comunicadoras y los posicionamientos que tomamos a lo largo de nuestro TIF, debemos tener en cuenta las decisiones, reflexiones y discusiones que se dieron a nivel nacional en los últimos años. Por esta razón, nos parece importante mencionar los siguientes momentos que nos impulsaron a trabajar con esta temática.

La presidencia de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015), de carácter nacional y popular, estuvo fuertemente impulsada por la perspectiva de derecho, la inclusión y en cumplimiento con las demandas del pueblo.

En este marco se sancionaron leyes fundamentales a la hora de hablar de igualdad y diversidad, como la ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2009), la ley 26.653 de Accesibilidad de la Información en las Páginas Web (2010), la ley 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual (2009) y la ley 26.378, a través de la cuál nuestro país adhiere a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008).

Uno de los sucesos característicos del gobierno de Cristina Kirchner, ocurrió el 3 de junio del año 2015 cuando se realizó la primera marcha masiva de Ni Una Menos, motivada por el femicidio de Chiara Páez. La manifestación fue un antes y un después en la escena del feminismo actual, significó que mujeres y disidencias comiencen a tomar protagonismo no solo en las calles, sino también en las redes sociales, para reclamar políticas públicas y compromiso social con el fin de frenar la violencia de género.

Desde ese momento, se impulsaron en el marco legislativo, diferentes propuestas y proyectos de ley para dar respuesta a los reclamos de la lucha feminista. Uno de ellos fue la ley de Parto Humanizado, sancionada en el 2004 pero reglamentada en el 2015, que daba cuenta de las violencias ejercidas por el personal de salud sobre las personas gestantes al atravesar el momento del embarazo, parto y postparto.

En consonancia con este período, la Facultad de Periodismo y Comunicación Social creó áreas que acompañaron este proceso transformador, entre las que se encuentra la Secretaría de Derechos Humanos (2003), que integra la Dirección de Diversidad Sexual

(2006), la Comisión de Discapacidad (2014) y la Dirección de Pueblos Originarios (2016). También destacamos el Espacio de Salud Sexual Integral (2014) y el Espacio de Intervención de Violencia de Género (2014), los cuales fueron puntapié para la creación de la Secretaría de Género (2015).

Por otra parte, en octubre de 2015, el Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (dispositivo impulsado por la agrupación Las Casildas) realizó un informe en base a 4939 nacimientos relevados en distintos puntos del país. Los datos demostraron que 4 de cada 10 mujeres no estuvieron acompañadas durante el parto, a 7 de cada 10 le rompieron bolsa artificialmente, 4.7 de cada 10 partos fueron por cesárea y 3 de cada 10 partos vaginales fueron inducidos. Cabe aclarar que la información no se encuentra publicada y fue la organización quien nos facilitó su acceso.

Hacia finales del año 2015, con la asunción de Mauricio Macri a la presidencia, se dio un cambio rotundo de carácter fuertemente neoliberal en cuanto al enfoque de las políticas públicas basadas en los derechos humanos. Por este motivo, la brecha de desigualdad creció, la crisis social y las políticas públicas igualitarias, se vieron afectadas porque comenzó a primar el individualismo y el privilegio de clase.

En este sentido, el gobierno oficializó la decisión de achicar el número de ministerios a diez, entre ellos se encontraba el Ministerio de Salud de la Nación, que pasó a denominarse Secretaría de Salud y Desarrollo Social. Como consecuencia, esta decisión representó un riesgo para la salud pública y para la protección del derecho a su acceso, debido a que la reducción del presupuesto, implicó una disminución de políticas destinadas al ámbito sanitario.

En el año 2017, como consecuencia del femicidio de Micaela García, se impulsó desde el feminismo y familiares, la creación de un proyecto de ley que garantice la capacitación en género para todas aquellas personas que desempeñen funciones en el Estado. Esto marcó un antecedente importante para incorporar la perspectiva de género en espacios de incidencia directa, en las mujeres y disidencias, teniendo en cuenta que el caso de Micaela visibilizó las fallas existentes en lo que respecta a la intervención estatal.

En el año 2019, se realizó el 34° Encuentro Nacional de Mujeres en la ciudad de La Plata y la violencia obstétrica fue uno de los temas a tratar en los talleres. Además, en

noviembre del mismo año, se dictó en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, el Seminario de Violencia obstétrica.

Llegó el año 2020, con un contexto de emergencia sanitaria que claramente no esperábamos: el Covid-19. Luego de haber recibido un Estado debilitado en sus políticas públicas y sanitarias, el gobierno de Alberto Fernández, que asumió el 10 de diciembre de 2019, decidió enfrentar esta situación priorizando el cuidado de la vida, amortiguando los efectos de la pandemia sobre la economía y la calidad de vida. Una de las primeras medidas importantes fue devolverle a la salud el espacio que debía ocupar, convirtiéndola nuevamente en Ministerio de Salud.

En este marco se creó el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, con el fin de incorporar la perspectiva de género en el Estado. En esta línea de acción, finalmente, sancionaron la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020) e incorporaron el decreto 476/2021, de identificación del “sexo” con carácter no binario, que reconoce identidades fuera del binarismo hombre/mujer. También se logró la adhesión de la ley de Parto Respetado por parte de la Provincia de Buenos Aires.

A partir de los hechos anteriormente expuestos, es donde posicionamos nuestra producción y buscamos que la misma, sea un aporte para la construcción de una sociedad igualitaria, donde todes les habitantes accedan a la información sin condiciones de género, profesión o discapacidad.

### **Antecedentes para la producción**

En nuestra investigación sobre la temática, nos hemos encontrado con diversos materiales audiovisuales, libros, trabajos de investigación y organizaciones que desarrollaron algunos puntos que trabajamos en el Trabajo integrador final (TIF). Dentro del siguiente apartado, mencionaremos los antecedentes que nos ayudaron como disparadores para realizar la producción.

En cuanto a las referencias académicas, tomaremos en cuenta el Trabajo integrador final *Todo parto es político, construcciones de sentido al momento de parir* de Agatha Glombovsky, realizado en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Nos parece importante incluir este trabajo porque

es el único TIF disponible, hasta el momento en nuestra casa de estudio, que aborda la temática de la violencia obstétrica.

Su objetivo es analizar la construcción de sentidos en torno al rol de la mujer y personas gestantes durante el parto, luego de sancionada la ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en las que se Desarrollen sus Relaciones Interpersonales y la ley 25.929 de Parto Humanizado. Además, realiza un abordaje de la comunicación/género y las relaciones de poder que se dan en el ámbito médico, la cuales constituyen una base para el modelo médico hegemónico.

El marco teórico-conceptual presentado por la autora y la reflexión que hace en torno a la comunicación, nos aportó para analizar esta problemática. En este sentido, visualizó que las prácticas rutinarias del sistema de salud para las personas gestantes, están fuertemente condicionadas por las relaciones de poder y los discursos hegemónicos. En el apartado *El poder y las luchas de sentido*, por ejemplo, reflexiona sobre el saber-poder, el sistema médico-hegemónico y el discurso como una práctica social.

En cuanto a la conclusión, da cuenta de las falencias del sistema de salud y la falta de información existente en las personas gestantes, además de la reproducción de discursos médicos hegemónicos.

Para Glombovsky, las entrevistas llevadas a cabo le permitieron visibilizar estas prácticas y acciones violentas, y el desconocimiento con respecto a la temática. Dicho relevamiento, nos aportó como fundamentación del proyecto que realizamos, ya que nos centramos en crear un producto que acerque información sobre la violencia obstétrica a las personas gestantes con discapacidad visual y auditiva.

Por otro lado, tomamos en cuenta los aportes del TIF *La palabra justa: manuales para una comunicación inclusiva*, realizado en el año 2020 por Verónica Brentassi en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP. Tuvo como objetivo producir una serie de cuadernillos sobre comunicación inclusiva, que sirvan de guía para que quienes consulten, accedan a la información básica que les permita desarrollar producciones comunicacionales desde una perspectiva inclusiva y que, de esta forma, contribuyan a generar sentidos sociales más justos e igualitarios.

La autora partió del uso del lenguaje como instrumento de poder y como constructor de sentidos. Utilizó una frase que nos pareció acertada para definir nuestro TIF “Lo que no se nombra no existe” (Steimer, 2013). Porque con nuestro trabajo buscamos mostrar una realidad que se encuentra invisibilizada y que, por consiguiente, deviene en discriminación y vulneración de derechos.

Por otra parte, plantea una posición en cuanto al rol de los comunicadores, en donde debemos asumir la responsabilidad de visibilizar discursos que no son considerados y construir herramientas que permitan la igualdad, entendiendo que el acceso a la información empodera. Este aspecto nos representa a la hora de pensar nuestro proyecto, en base a la invisibilización de las personas con discapacidad y el acceso a la información.

Es por esto que decidimos utilizarlo como material de consulta a la hora de realizar el guión de nuestro ciclo de videos, porque la serie de manuales estaban destinados a brindarnos herramientas y modos de desarrollar producciones de comunicación inclusiva. El cuadernillo *La palabra justa en violencia contra la mujer*, nos permitió saber cómo utilizar el lenguaje no sexista para no usar el lenguaje inclusivo y así respetar las creencias y el posicionamiento de los actores que fueron parte de nuestro trabajo.

Por otro lado, nos encontramos con un trabajo de investigación titulado *Asistencia al parto en situaciones de discapacidad: experiencias de mujeres sordas*, producido en el año 2019 por Johanna Quiñones Calcagno en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República de Uruguay. Su objetivo fue estudiar las posibilidades y limitaciones en el ejercicio de los derechos en el parto de mujeres con sordera asistidas en centros de salud de Montevideo.

La producción está compuesta por relatos de personas gestantes con discapacidad auditiva, que han sufrido violencia obstétrica y que han sido vulneradas en su acceso a la información. En este trabajo, se puede visualizar la misma problemática que abordamos en nuestro TIF, teniendo en cuenta que ocurre en otro país, algo que consideramos importante destacar. La violencia obstétrica parece trascender la frontera y en este trabajo de investigación observamos que lo aborda con un marco conceptual similar al nuestro, en el cual desarrolla conceptos como género, derechos reproductivos y discapacidad.

La autora nos aporta el concepto de interseccionalidad donde reflexiona que las personas con discapacidad sufren doble violencia, por un lado, la discriminación y por el otro, la violencia obstétrica. Este material nos sirvió para poder reconocer algunas de las problemáticas que atraviesan en cuanto a la atención, como la imposibilidad de acceder a clases de parto, a intérpretes de lengua de seña (suponiendo que sus acompañantes van a ser quienes tomen las decisiones) o el uso de tapabocas que dificulta el entendimiento.

A la hora de crear los guiones, esta tesis nos significó un gran aporte para contemplar las barreras de comunicación que la sociedad plantea y perjudica a las personas sordas, lo cual nos permitió buscar herramientas para lograr un producto accesible a ellas.

En el libro *Nosotras parimos. Guía para un parto respetado* de Verónica Marcote, la autora recopila información del grupo virtual de la red social Facebook *Para saber con quién parimos*, el cual funciona con el objetivo de generar conciencia entre pares sobre la temática. Además de su propia investigación y experiencia en el tema, indaga en la historia del parto a través de distintas épocas y culturas, las diferentes intervenciones y las diversas formas de parir, constituyéndose en una guía de preguntas para obstetras y varios modelos de plan de parto.

Por otra parte, Marcote realiza un recorrido en aspectos como la violencia obstétrica, ejemplos de la práctica y el marco normativo como la ley de Parto Humanizado (25.929). Además, resalta el empoderamiento a la hora de atravesar la gestación, parto y lactancia, perspectiva que nos identifica en nuestro objetivo de producción. Estos contenidos, nos permitieron acceder a una conceptualización básica y clara del tema que utilizamos para la producción de la primera parte del ciclo.

Otro de los recursos que consideramos importante incorporar, fue *Covid-19. Guía con recomendaciones para publicaciones accesibles en medios de comunicación y redes sociales*, producido por el Centro de Información CILSA en el año 2020. Como consecuencia de la pandemia, esta institución creó un producto en donde se pueden encontrar consejos en cuanto a la aplicación de herramientas inclusivas, con respecto a la Covid-19, que si bien no es una problemática que trabajamos en nuestro proyecto, aparecen puntos fundamentales que tuvimos en cuenta a la hora de pensar estrategias de comunicación accesibles.

Por un lado, el texto mencionado detalla las consideraciones generales para referirse a las personas con discapacidad de una manera conveniente y esto nos ayudó para poder utilizar la terminología adecuada en nuestro proyecto. Además, la guía es muy específica y de fácil entendimiento acerca de las recomendaciones para generar contenidos accesibles en medios de comunicación, tanto para personas sordas, como para personas ciegas o con baja visión.

Por otro lado, este mismo documento cuenta con una introducción del marco normativo que nos permitió visualizar las leyes vigentes y así poder saber desde qué lugar y en qué contexto atravesamos nuestro TIF. El apartado hace alusión a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y sus artículos 2, 9 y 21, y a la ley de Servicios de Comunicación Audiovisual en su artículo 66.

También recurrimos a producciones audiovisuales, entre las que incluimos el vídeo *Servicio de interpretación de lengua de señas del INADI (2016)*. En el mismo, Laura Astrada, representante del Servicio de interpretación de lengua de señas argentino español del INADI, da cuenta del trabajo que desarrollaron, con el objetivo de promover la accesibilidad comunicacional.

Esta producción nos sirvió como ejemplo de lo que queríamos lograr con el producto. En primera instancia, existe un buen tamaño del recuadro de quien interpreta, favoreciendo la visualización de las y los gestos faciales. Además, contiene el agregado de subtítulos y texto con lectura fácil, algo que nos permitió ver la diferencia en cuanto a producciones que no lo poseen.

También tuvimos en cuenta el video realizado en el año 2015, por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación *Violencia obstétrica (Capítulo 6)*, que pertenece a un ciclo de 47 producciones elaboradas durante el período de 2016-2019 llamado *Mujeres*. La producción muestra los diferentes tipos de violencia o de vulneración de derechos, ejercidas sobre las personas gestantes, y herramientas construidas como apoyo para sobrellevar estas situaciones. En este capítulo, desarrolla de una manera clara y concisa, qué es la violencia obstétrica con relatos de personas que cuentan su experiencia. Este material realiza una reflexión que nos parece importante destacar y que hace referencia al acceso a la información para las personas gestantes para conocer sus derechos.

Teniendo en cuenta, que como cierre del ciclo que propusimos en el proyecto se cuentan vivencias con respecto a la violencia obstétrica, este video nos aportó, desde la forma en que se construyen estas experiencias y cómo las van relatando. El guión, la utilización de los cortes y la organización de la información, nos dio una idea de cómo podíamos trabajar la muestra de las historias que teníamos para proyectar.

En cuanto a redes sociales, tomamos los aportes desde el colectivo *Con manos de brujas* en Instragram, donde realizan producciones audiovisuales con lengua de señas referidas a temas de salud. En uno de ellos trabajan la ley de Parto Respetado, el cual nos sirvió de referencia para pensar la lectura fácil como recurso para la redacción de los guiones.

Una de las características que llamó nuestra atención fue que la persona que realiza la interpretación no se encuentra en un recuadro inferior, sino que ocupa la pantalla completa. Si bien esta propuesta nos pareció interesante, consideramos no utilizarlo en nuestro proyecto porque su público se enfoca exclusivamente en personas con discapacidad auditiva y nosotras apuntamos a un público más abarcativo.

## Objetivos

### Objetivo general

Diseñar un ciclo de videos explicativos con contenido accesible sobre la violencia obstétrica y parto respetado para sensibilizar a las personas con discapacidad.

### Objetivos específicos

1. Investigar los antecedentes y características de la comunicación inclusiva con el fin de crear un discurso comunicacional accesible para las personas gestantes con discapacidad.
2. Definir los criterios estéticos y de contenido que permitan generar un producto comunicacional inclusivo y con perspectiva de género.
3. Diseñar los guiones para cada uno de los videos que integrarán el ciclo a partir de una transposición audiovisual de los materiales a adaptar.
4. Desarrollar la producción y edición del primer capítulo del ciclo.

## **Perspectivas y herramientas teórico-conceptuales**

En primera instancia, nos parece importante sentar las bases conceptuales para entender las características esenciales de la violencia obstétrica y problematizar el rol y la importancia de la comunicación en dicho contexto. Definiremos qué entendemos por género, por violencia y el marco normativo para un parto respetado. Lo anterior, será necesario para poder dar cuenta de un análisis crítico de la temática.

### **Género y violencia obstétrica**

La sexualidad, la procreación y la maternidad, en tanto dispositivos son un instrumento histórico para la consolidación del poder patriarcal y la explotación masculina, basado en mecanismos de violencia. “Los hombres, han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo de manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos —lugares privilegiados— para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder” (Federici, 2010, p.27).

Con Faur entendemos el concepto de género como

La construcción social y cultural que organiza nociones sobre aquello que sería “propio” de lo masculino y de lo femenino a partir de la diferencia sexual. El género es una categoría construida, no natural, que atraviesa tanto la esfera individual como la social [...] influye de forma crítica en la división sexual del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre hombres y mujeres en cada sociedad (Faur, 2008: 24).

La construcción social de la identidad de las personas está intervenida por creencias y prejuicios. A su vez, estas construcciones devienen en relaciones asimétricas y jerárquicas que son las que legitiman la subordinación de las personas gestantes y producen diferencias y desigualdades.

La violencia es una forma de ejercicio de poder a través de la fuerza que tiene por finalidad producir un daño e imponer la propia voluntad anulando la voluntad del otro y se expresa de diferentes maneras. Una de estas es la violencia de género, que se caracteriza en la agresión y coerción sólo por el hecho de ser mujer.

La ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en su artículo 4 define la violencia contra las mujeres de la siguiente forma:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Y en el artículo 6, inciso e, define a la violencia obstétrica (VO) como: “Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929”.

La ley de Parto Respetado está vigente desde el año 2015 y detalla que pueden ser pasibles de violencia obstétrica todas aquellas personas con útero y capacidad de gestar que se encuentren atravesando una situación de embarazo, parto y postparto. Entre los puntos más importantes que expresa la ley se encuentran el derecho a ser informada y ser tratada con respeto, a ser protagonista de su propio parto, a no ser sometida a intervenciones o prácticas invasivas sin su consentimiento y a estar acompañada.

Cuando se habla de maltrato en este marco, se hace referencia a toda acción, comentario, tratamiento, procedimiento que patologice, menosprecie, interrumpa y/o acelere los procesos naturales, biológicos y fisiológicos de todas las etapas del embarazo y nacimiento.

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la Integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia hacia las mujeres (Medina, 2010:2).

La violencia obstétrica en la actualidad es la más naturalizada de todas las violencias de género y llega a ser imperceptible incluso para las propias personas gestantes que lo atraviesan, porque se encuentra dentro de la violencia institucional, comprendida dentro de la cultura patriarcal que se rige nuestra sociedad.

Este tipo de violencia es la que Bourdieu llama simbólica, definiéndose como:

La forma de dominación que, superando la contraposición que suele alzarse entre las relaciones de sentido y las relaciones de fuerza, entre la comunicación y la dominación, no se plasma si no es gracias a la comunicación bajo la cual se disimula (2011: 63).

La capacidad de imponer significados como válidos y legítimos oculta las relaciones de fuerza que las sustentan y se suma a la propia fuerza simbólica. En este caso existiría una relación donde el conocimiento que tiene un profesional de la salud se interpone completamente a la voluntad y decisión sobre el cuerpo de una persona gestante.

### **Modelo médico-hegemónico**

Con Modelo Médico Hegemónico Menéndez entiende al:

Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica. Según este modelo, ‘la enfermedad’ es un hecho natural, biológico y no un hecho histórico-social, es decir que la enfermedad evoluciona en términos biológicos y no tiene historia (sociocultural) (2010: 1).

Se trata de un agente que sin autoridad real impone una manera de parir y la reproduce. Esta imposición presenta como válido, legítimo o universal un recorte de la realidad que representa los intereses de la clase dominante, buscando la reproducción de las condiciones materiales de existencia del ser y el deber ser. Magnone explica que “... se fue generando un modelo de asistencia que casi no considera a la mujer embarazada como un sujeto con voz, con conocimiento de sí y capaz de aportar en las decisiones que se toman en el parto” (2017, p. 10).

En este juego de roles entre profesionales y personas gestantes entra en contradicción el tema del saber, porque el personal médico es quien posee el capital simbólico que valida las acciones a llevar adelante en el proceso de gestación y parto, pero ignora el saber de las segundas, quienes tienen un conocimiento de su cuerpo que es propio e independiente a otros. De esta forma, se adquiere una especie de robotización en los procesos de intervención y de imposición de conocimiento fundamentado en la experiencia.

Es aquí donde se puede explicar lo que Huergo define como hegemonía, que trabaja de la siguiente forma:

En una “formación social”, que es la referencia empírica, se construye una “formación hegemónica”, que es una producción simbólica o imaginaria. Esto quiere decir que la formación social posee elementos

variables, contingentes (no necesarios) y procesuales. Pero la formación hegemónica va estableciendo fronteras, límites fijos que pretenden estabilidad (2009: 5).

La hegemonía tiene como fin obtener consenso y legitimidad en los sujetos, los cuales se dan a través de la educación, la opinión pública y los medios de comunicación. Por lo tanto se genera una disputa comunicacional de sentidos entre el personal de salud, que legitiman saberes dominantes, y las personas gestantes, quienes los internalizan porque está establecido social, cultural y políticamente. En este punto, según Huergo, se debate el conformismo o la resistencia, una lucha para superar los mandatos, las prescripciones y las interpelaciones dominantes.

Además, hay que tener en cuenta que la disputa por la hegemonía de los significados que pertenecen a un momento histórico determinado. Por esta razón, en este contexto, nuestra producción intenta dar un quiebre al planteo hegemónico establecido. Es importante propiciar espacios de debate para poner en común las diferentes posiciones que imperan en cuanto a las implicancias del embarazo, el parto, y el posparto para poder deconstruir saberes establecidos y generar otros significados.

Como expresa Glombovsky (2019), es importante que se vislumbre que hubo y hay otros saberes con distintas conceptualizaciones del mundo y diferentes ejercicios de poder que eran avalados y sostenidos como legítimos en un período concreto. El saber médico se sostiene como hegemónico a partir de una lucha de sentidos.

Estas luchas se ejercen a través del poder, como plantea Foucault: “El objetivo de estas luchas son los efectos del poder en sí. Por ejemplo, la profesión médica no es en primera instancia criticada por su provecho económico, sino porque ejerce un poder no controlado sobre los cuerpos” (1988: 6).

### **Personas gestantes y discapacidad**

Desde el paradigma del modelo social de la discapacidad, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (En adelante CIDPD) que fue incorporada a la legislación argentina en 2008 y adoptó rango constitucional en 2014, hace referencia a la discapacidad como una construcción social, siendo el resultado de los obstáculos que impone la sociedad a la persona con discapacidad y que dificulta su plena participación.

Por otra parte, esta norma reconoce y reafirma a las personas con discapacidad como sujetos de derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, entre otros. Es decir, que son consideradas capaces y autónomas para consentir las prácticas médicas y todos aquellos procedimientos que involucren a su salud sexual y reproductiva.

Es por esto que creemos imprescindible mencionar el marco legal que nos ampara para poder pensar una producción accesible.

En primer lugar, la CIDPD en su art. 2 reconoce los modos, medios y formatos alternativos para lograr una comunicación integral. También consideramos importante destacar el art. 21 que manifiesta la adopción de medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión. En su art. 9 define:

La accesibilidad implica un entorno sin barreras de ningún tipo: físicas, al transporte; de acceso a la información y a la comunicación, entre otras, a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar en igualdad de condiciones con los demás.

En segundo lugar, destacamos el aporte de la ley de Servicios de Comunicación Audiovisual que en su art. 66 menciona:

Las emisiones de televisión abierta, la señal local de producción propia en los sistemas por suscripción y los programas informativos, educativos, culturales y de interés general de producción nacional, deben incorporar medios de comunicación visual adicional en el que se utilice subtítulo oculto (closed caption), lenguaje de señas y audio descripción, para la recepción por personas con discapacidades sensoriales, adultos mayores y otras personas que puedan tener dificultades para acceder a los contenidos.

Desde este punto, destacamos la conceptualización de accesibilidad universal y diseño para todos: “Pasa de ser sinónimo de “eliminación de barreras” para ir más allá y formar parte de una dimensión más amplia [...] que fomenta la igualdad de oportunidades y mejora la calidad de vida de todas las personas” (Centro de Innovación en Educación Digital [CIED], 2016). Dicho término considera la universalidad en los diseños de cualquier producto, servicio, entorno, programa o dispositivo, para que todas las personas posibles puedan darle utilidad sin la necesidad de la adaptación especializada.

Es importante considerar a la comunicación como un derecho y resulta necesario que toda la información referida a la violencia obstétrica y parto respetado sea difundida en un

lenguaje sencillo, en formatos y medios accesibles para garantizar el acceso a la información y las comunicaciones a todas las personas con y sin discapacidad.

Pantano define a la discapacidad como:

Una limitación en la actividad y/o una restricción en la participación de las personas, a raíz de un problema o estado negativo de salud, de un trastorno o deficiencia. Si bien se origina en el orden de la salud, se constituye en la interacción de un individuo con su medio físico y cultural (2007: 1).

Dentro de las relaciones sociales se excluye a las personas con discapacidad porque como expresó Vanina Rolla, intérprete LSA, hay una realidad que las personas sordas no acceden a la información porque los materiales disponibles no cuentan con herramientas inclusivas, comentó que dos amigas empezaron a dar cuenta que sufrieron violencia obstétrica sin saberlo porque pensaron que las prácticas eran parte de la rutina misma del nacimiento. Esto conlleva a que se naturalicen prácticas en el parto y que no se cuestionen los procedimientos del mismo.

En nuestro trabajo hacemos énfasis en las normativas que se encuentran vigentes y nos parece importante problematizar las cuestiones que atraviesan las personas gestantes en cuanto a su parto y a la accesibilidad a la información, por la forma en la cual las instituciones de salud incorporan o no, herramientas de comunicación inclusiva. Desde el punto de vista de Vanina Rolla, en la actualidad la accesibilidad se la genera la propia persona que lo necesita y depende de la voluntad de la institución en cuanto a la rigurosidad de sus protocolos.

Las personas gestantes con discapacidad son doblemente invisibilizadas, por un lado por la concepción cultural que existe en torno al cuerpo gestante y por otro, porque son consideradas incapaces de maternar o desenvolverse de manera autónoma. “La imagen de la mujer discapacitada que impera en nuestra sociedad es la de un ser que se hace depositario de sentimientos encontrados de lástima y rechazo, que no armoniza el papel de mujer y madre” (Soler, et. al., 2015, p. 17).

A su vez, las personas gestantes con discapacidad se ven vulnerables en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Son caracterizadas a partir de la infantilización e incapacidad de desarrollar su vida con normalidad, como expresamos con anterioridad, la discapacidad se define desde la discriminación y exclusión de la sociedad. “Hay aspectos de sus vidas que están totalmente invisibilizados. Esto sucede con sus derechos sexuales y

reproductivos. Las mujeres con discapacidad son normalmente consideradas asexuadas e incapaces de gozar de estos derechos” (Domínguez, 2011, p. 9).

### **La comunicación como herramienta de transformación**

Hablar de comunicación es posicionarnos desde la perspectiva de fenómenos sociales como procesos de producción de sentido. Como indica Verón (1993), no se puede describir ni explicar satisfactoriamente un proceso significativo, sin explicar sus condiciones sociales productivas. En este sentido, las relaciones sociales implican una dimensión de ideas y representaciones.

Por esta razón, entendemos a la comunicación desde los sujetos que la constituyen, desde su vida cotidiana, sus espacios de interacción, desde donde construyen su identidad. Estos espacios según Barbero “Cobran hoy los ‘nuevos conflictos’, las luchas contra las formas de poder que atraviesan, discriminando o reprimiendo, la vida cotidiana y las luchas por la apropiación de bienes y servicios” (1987: 231).

Con el proyecto pretendimos generar un espacio de intercambio de experiencias que aporte a crear un contenido democrático. El trabajo colectivo y la participación implicaron que en base al conjunto de capacidades, de saberes y de recursos individuales, se pueda generar la construcción de un producto que dé cuenta de la importancia de la inclusión de voces que no son tenidas en cuenta por la sociedad hegemónica.

Uranga (2007) señala que las estrategias de comunicación que se inscriben en los procesos comunicacionales, no pueden leerse ni entenderse como procedimientos de transferencia o de intercambio de información. Esto quiere decir que la planificación de los materiales enfocados a personas con discapacidad, no puede ser creada por fuera de ellas, implican una interacción comunicativa y un intercambio para la producción social de sentidos.

Como plantea Foucault “la comunicación es siempre, sin duda, una cierta manera de actuar sobre el otro o los otros” (1998: 12), se puede interpretar desde este punto que si la comunicación no genera una producción de significados en base a la reciprocidad, da paso a que sea un medio de coacción que produzca la desigualdad y así el sistema médico e instituciones, puedan imponerse sobre las personas con discapacidad.

La sociedad está constituida de una forma donde la comunicación se construye a partir de la lengua dominante a nivel cultural, que se vincula al Estado y es obligatorio en las ocasiones y espacios oficiales, como por ejemplo lo que sucede en las escuelas, las administraciones públicas y en las instituciones médicas.

En este sentido, como detalla el artículo 8 inc 1 de la CIDPD, es el Estado quien debe comprometerse a adoptar medidas efectivas y pertinentes que promuevan la inclusión e igualdad en la sociedad. En el punto a) expresa que los Estados Partes son quienes deben: “Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas”.

En el caso de las personas gestantes con discapacidad ocurre que se realizan procedimientos que no entienden, porque nadie les explicó o el modo que fue explicado no se recepcionó de la manera correcta, lo que trae como consecuencia que no puedan entender lo que pasa con su cuerpo.

Para la realización de nuestro proyecto nos posicionamos desde el enfoque de género que plantean Becerro, de Vera Casco y Gianfrini en *Planificación y comunicación: perspectivas, abordajes y herramientas*, el cual implica “Una mirada ética del desarrollo y la democracia como contenidos de vida para enfrentar la inequidad y la desigualdad propias del orden social” (2017:84). Porque entendemos que existen desigualdades de poder en la sociedad como consecuencia del sistema patriarcal.

Este enfoque nos ayudó a problematizar la realidad de las personas gestantes por las relaciones asimétricas que existen y más aún con las personas gestantes con discapacidad. Por esta razón buscamos desnaturalizar las prácticas del sistema médico hegemónico y así poder visibilizarlas para fomentar la igualdad en el trato y el respeto.

Por otra parte, realizamos este trabajo desde la perspectiva de derechos humanos porque:

Incorporar el enfoque de derechos es tomarlo como horizonte de cambio social [...] las normas no son las únicas que transitan un cambio. Instalar discusiones, modos de trabajo, procesos educativos sobre estas miradas permitirá achicar la brecha de esos horizontes, caminos a recorrer y realidad vivida (Becerro et al., 2017:78).

En este sentido, damos cuenta de la necesidad de generar un espacio de intercambio de sentidos donde la comunicación es un derecho fundamental de cada persona, somos sujetos de derecho en la producción y difusión de ideas, opiniones e información dentro de la sociedad en un marco de igualdad y respeto mutuo. De esta forma la producción audiovisual de este TIF, propone que las personas gestantes puedan apropiarse de la información con respecto al parto respetado y a la violencia obstétrica para deconstruir las prácticas médicas.

Por esta razón, el producto fue creado teniendo en cuenta la perspectiva transpositiva, definida como “la relación manifiesta o implícita que pone en relación un texto con otro u otros” (Genette, 1999, como se citó en Bejarano Petersen, 2010). Dicho concepto habla sobre la permanencia del relato donde se privilegia la accesibilidad a la lectura. En este sentido, pusimos en juego la superposición de textos así como también el desarrollo de herramientas específicas que fueron necesarias para lograr una comunicación inclusiva. No existe incompatibilidad al utilizar estos recursos sobre los contenidos que circulan habitualmente, sino que buscan garantizar que la información tenga un alcance mayor.

Desnaturalizar la violencia obstétrica es un proceso que llevará tiempo y voluntad tanto política como de los actores intervinientes, en donde cuestionen sus intervenciones y se capaciten en enfoque de derecho y de género. Por otra parte, es importante que la sociedad asuma el compromiso y tome conciencia para lograr un cambio significativo, entendiendo que esto no es solo un problema de las personas gestantes.

### **Justificación y argumentación de la creación de la producción comunicacional**

En nuestro rol de comunicadoras sociales, nos pareció relevante trabajar y/o problematizar la violencia obstétrica porque se ejerce contra las personas gestantes independientemente de factores como: clase social, edad, país, y tipo de institución médica, ya sea clínicas u hospitales.

La trascendencia de este tipo de violencia radica en el momento en que la misma tiene lugar: durante todo el proceso de la gestación, el embarazo (aunque no culmine en un nacimiento, ya que también se da en casos de abortos), trabajo de parto, parto y postparto, momentos importantes en la vida de una persona gestante, como así también para su hijo y para la sociedad en general.

Pueden ser pasibles de violencia obstétrica todas aquellas personas con útero y con capacidad de gestar, teniendo en cuenta así algunas situaciones específicas como el caso de personas con discapacidad, quienes se encuentran insertas en una sociedad que tiende a ser excluyente, por lo que frecuentemente ven obstaculizado su acceso a la información. Esta situación provoca que se dificulte su participación en espacios de búsqueda y reflexión.

Creemos que nuestro proyecto comunicacional es un aporte para pensar a la discapacidad dentro de una sociedad que no les tiene como protagonistas. Por esta razón, consideramos fundamental la participación de personas con discapacidad, porque fueron quienes nos permitieron entender que existe un colectivo diverso al igual que herramientas para crear un proyecto accesible. Además, lo pensamos por fuera de nuestro ámbito académico, en un sentido colectivo y porque tenemos la necesidad de visibilizar una problemática que está, y que existe en Argentina, como lo es la violencia obstétrica.

Como comunicadoras sociales, sujetas dentro de un sistema social donde persiste la discriminación y la exclusión, es importante procurar por un lado que toda persona pueda acceder a la información y que no se fomente la reproducción de conceptos y estereotipos que frecuentemente se usan al referirse a las personas con discapacidad. Y por el otro visualizar, interpretar y desnaturalizar los condicionamientos socioculturales que fomentan la desigualdad entre los géneros, así como también la discriminación.

Toda política pública en comunicación debe estar basada en los principios rectores de igualdad y no discriminación, perspectiva de género, acceso a la justicia, acceso a la información y participación, y en este sentido es importante que desde nuestro rol generemos contenidos accesibles a las personas con capacidad de gestar, y políticas trabajadas en conjunto con los actores intervinientes y afectadas en el tema.

Nuestra intención con el proyecto es sensibilizar a las personas gestantes con discapacidad, pero el acceso a la información no garantiza el acceso al derecho. El marco normativo y ser conscientes de las prácticas médicas que no deben ser llevadas a cabo, no van a ser suficiente sin un acompañamiento activo del Estado, que es quien debe asegurar el acceso a nuestros derechos como garante de los mismos. Desde el lugar que ocupamos, nos parece importante aprovechar los espacios y oportunidades que se presentan al trabajar con organizaciones para problematizar los temas expuestos en el TIF.

## Desarrollo del proceso de producción y justificación de los recursos elegidos

### Etapa de preproducción

En el año 2019 comenzamos a visualizar la violencia obstétrica en diferentes grupos de Facebook como parte de una investigación para un trabajo práctico de una materia de la carrera. Fue un tema que en su momento desconocíamos y que profundizamos siendo parte de grupos de maternidades, lo que nos permitió leer relatos contados por las propias víctimas de esta violencia.

Luego aconteció la pandemia y todo el ámbito social se volvió virtual, lo que en un principio nos dificultó el avance de nuestra propuesta de trabajo porque la idea era realizarla en territorio, en contacto directo con los referentes. Dentro de este contexto, nos comunicamos con organizaciones con las cuales no pudimos avanzar debido a las prioridades que las mismas tuvieron que asumir.

A pesar de la incertidumbre, logramos tomar contacto con profesionales de la salud, estudiantes y principalmente con la organización civil Las Casildas, quien se encargaba de la realización de dispositivos para difundir, visibilizar y problematizar la violencia obstétrica, los derechos sexuales y reproductivos y las cuestiones de género. También se encontraba posicionada como referente en el tema y como creadora de la red de Observatorio de Violencia Obstétrica, ente que relevó datos del territorio dando la posibilidad de tener información sobre la cantidad de víctimas y los tipos de procedimientos médicos que se llevan a cabo a la hora del proceso de gestación y parto.

Nuestro primer contacto fue con el partero Francisco Saraceno y Violeta Osorio, comenzamos a trabajar con ellos para las últimas materias anuales de la carrera y el ambiente de trabajo fue tan propicio que quisimos consultarles si tenían la disposición de colaborar con nosotras para trabajar nuestro TIF.

El compromiso y la disposición, nunca cesó por parte de Violeta y Francisco pero sí por parte de la organización. Desde principios del 2021, Las Casildas comenzó a tener ciertas tensiones entre sus integrantes, hasta que en julio finalmente se disolvió. Sin ánimos de dejar de comunicar y siendo coautores del libro *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado* (2019), continuaron sus actividades, realizando vivos y jornadas, en la página de Instagram de la editorial del libro: *Editora interseccional*.

Meses más tarde, Violeta y Francisco crearon la organización Observatorio Violencia Obstétrica Argentina con el objetivo de seguir trabajando con el tema de la violencia obstétrica que, continuando con la lógica que se planteaba en Las Casildas, recaban experiencias de personas gestantes para la generación de datos y estrategias de comunicación.

Con la idea de realizar un producto, pensamos qué podíamos hacer teniendo en cuenta el contexto de la pandemia. El formato digital fue casi obligatorio y con el material del libro a disposición, pensamos que era buena idea la adaptación del mismo formato. Desde la organización había intenciones de realizar un contenido accesible, porque en el último tiempo, se habían acercado personas gestantes con discapacidad, por esta razón comenzamos a investigar sobre la temática de discapacidad en cuanto a lo teórico, otros materiales existentes y organizaciones de referencia.

De esta manera, comenzamos el proceso de reproducción con la idea de adaptar fragmentos del libro *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado* a un formato accesible para personas con discapacidades y no hablantes del español. Por esta razón, el producto se basaba en la realización de podcast y de videos con subtítulos, con interpretación de lengua de señas y con traducción en distintos idiomas.

Durante la etapa de investigación, buscamos referentes en el tema para tener un punto de vista sobre los materiales a realizar. En primera instancia, consultamos presupuestos sobre la traducción del libro al idioma inglés y nos dimos cuenta que los costos estaban por fuera de nuestras posibilidades. En ese momento, nos contactamos con Vanina Rolla, una intérprete de lengua de seña que está atravesada por la temática porque tiene padres con discapacidad auditiva. Nos orientó a definir nuestro objetivo del proyecto, fue clara en asegurar que no había materiales accesibles sobre la temática ni información disponible para la comunidad, palabras que nos motivaron a planificar nuestros pasos a seguir.

En la charla, entendimos que no era factible hacer diferentes productos con una misma información, sino que era mejor incorporar las herramientas en un solo producto para potenciar su alcance. Por esta razón fue que descartamos la idea de realizar los podcast y definimos crear un ciclo de videos.

Con esta nueva perspectiva, decidimos hablar con el Centro de inclusión libre y solidario de Argentina (CILSA) quienes se interesaron en nuestra propuesta y nos enviaron

materiales orientativos para realizar producciones accesibles, además nos presentaron a Johana Sarmiento, persona con discapacidad visual, con quien consultamos sobre las herramientas a implementar. A su vez, pactamos una capacitación para que nos asesoren sobre la comunicación inclusiva, a la cual invitamos a los integrantes del Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina, para que sean parte porque entendimos que era importante que incorporen estos recursos en su trabajo cotidiano en las redes sociales.

Como forma de democratizar la toma de decisiones creamos un grupo de Whatsapp para posibilitar el contacto directo a la hora de llevar adelante el proceso de producción. El mismo estuvo integrado por Vanina Rolla, intérprete de lengua de seña, y participantes del OVOA, Violeta Osorio y Francisco Saraceno, quienes a su vez fueron representantes de otros grupos de trabajo que aportaron contenido. Por su parte, Vanina conformó un equipo de asesoras intérpretes y personas sordas para la revisión de materiales.

Cada una de estas decisiones implicó para nosotras, invertir más tiempo de lo esperado pero entendimos que era fundamental para crear un proyecto que cumpliera con los objetivos que nos planteamos.

### **Etapa de producción**

Como consecuencia de nuestro trabajo de investigación más los aportes recibidos, coincidimos en la necesidad de realizar materiales accesibles sobre la temática y planteamos la producción narrativa de 12 guiones audiovisuales en tres ejes:

- Eje 1:

En el primer eje, conceptualizamos a la violencia obstétrica, cómo se reconoce, la ley 25.929 de Parto Respetado y la presentación de la organización con el fin de generar un contacto en el caso que sea necesario.

1. Violencia obstétrica
2. ¿Cómo se reconoce a la violencia obstétrica?
3. Ley de Parto Respetado
4. ¿Qué es el OVOA?

- Eje 2:

En el segundo eje, se encuentran extractos del libro “Mujeres Invisibles. Partos y patriarcado”, donde se analiza el rol de las mujeres y personas gestantes inmersas en una cultura patriarcal, además de los comportamientos y tratos que son equivalentes a los que se llevan a cabo en las salas de parto.

5. Violaciones cotidianas
6. Cultura de la violación en las salas de partos
7. Cuerpos de mujer, territorio de varón
8. No “colaboré”
9. Merecer la tortura

- Eje 3:

Y el último eje, es un espacio en el cual diferentes personas gestantes exponen las situaciones que han experimentado durante el embarazo, el parto y el post parto.

10. ¿Y por qué no?
- 11: Todo amor es político
- 12: La certeza que nos habita

Por parte de la introducción, decidimos que la participación de Francisco Saraceno se centre únicamente en el Eje 1, debido a que los últimos dos ejes, el de los extractos del libro y el de los relatos de personas gestantes, tienen una impronta más personal para con el padecimiento de las víctimas de violencia obstétrica. Esto quiere decir, que bajo la ideología de la organización, priorizamos el protagonismo enteramente a las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Realizamos la producción del guión 1 eje 1, el cual fue elaborado a partir del relato de integrantes del OVOA quienes abordaron la problemática de la violencia obstétrica, la ley de parto respetado y sus implicancias. Posteriormente fue revisado por nosotras para que corresponda a la coherencia comunicativa que buscábamos aplicar y por Vanina, quien se encargó de verificar que el relato era apto para ser adaptado.

La estructura es la siguiente:

1. Introducción de Francisco Saraceno con un fragmento del libro *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado*, sobre la violencia obstétrica.
2. Desarrollo de Violeta Osorio sobre el tema.
3. Conclusión.
4. Placa de la organización OVOA.

A continuación, detallamos el guión técnico de nuestro producto:

Tom a	Tiempo inicio	Tiempo o fin	Imagen	Sonido	Insert	Tiempo total
1	0.00.00	0.00.05	Placa  Audio 1	Mi parto, mi decisión  Voz en off “Mi parto, mi decisión”		5 segundos
2	0.00.05	0.00.06	Transición			

3	0.00.06	0.00.34	Audio 2	Habla Francisco Saraceno	0.00.06-0.01.08	28 segundos
			Francisco Saraceno	música instrumental desde 0.00.07 hasta 0.00.34	Graf “Francisco Saraceno. Integrante del Observatorio de Violencia Obstétrica”	
				Desde el seg. 0.00.06 - 0.00.34	0.00.08-0.00.34	
				“Una mujer acostada, atada, con las piernas abiertas y los genitales expuestos, mirando al techo, como si no estuviera, como si no importara. Mientras quienes la rodean pueden hacer y deshacer sobre su cuerpo. Esa es la imagen que aparece en nuestra mente cuando pensamos en un parto.”	Recuadro intérprete	
					0.00.08-0.00.34	
					Subtítulos	
4	0.00.35	0.00.36	Transición			
5	0.00.36	0.00.41	Placa:	Capítulo 1: Violencia obstétrica.		5 segundos
			Audio 3	Capítulo 1: Violencia obstétrica.		

6	0.00.42	0.01.09	Audio 4  Violeta Osorio	Habla Violeta Osorio  música instrumental desde 0.00.42 hasta 00.01.09  Desde el seg. 0.00.42 - 0.00.44 “Hablar de nacimientos actualmente, es hablar de situaciones de violencia obstétrica. Una violencia de carácter sexual y una grave vulneración a los derechos humanos que atenta contra la dignidad, integridad y autonomía de las mujeres, no solo dentro de las salas de parto, sino con las secuelas que las acompañarán por el resto de sus vidas.”	0.00.042-0.00.45 Graf “Violeta Osorio. Integrante del Observatorio de Violencia Obstétrica”  0.00.46-0.01.09 Recuadro intérprete  0.00.46-0.01.09 Subtítulos	27 segundos
---	---------	---------	-------------------------------	--	---	-------------

9	0.01.09	0.01.22	Imagen 1  Audio 5	Voz en off  “El video contiene la fotografía de una mujer acostada con las piernas abiertas en una camilla rodeada de profesionales de la salud. Uno de ellos sostiene al bebé.”		13 segundos
10	0.01.22	0.01.23	Transición			

11	0.01.24	0.01.40	Violeta Osorio	<p>música instrumental desde 0.01.24 hasta 0.01.40</p> <p>Desde el seg. 0.01.24 - 0.01.40</p> <p>“La Violencia Obstétrica se ejerce contra las mujeres en cualquier lugar donde suceda un nacimiento, no distingue ni clases sociales, ni edad, ni áreas geográficas. Y puede estar presente en todas las situaciones en las que medie atención obstétrica.”</p>	<p>0.01.25-0.01.40</p> <p>Recuadro intérprete</p> <p>0.01.25-0.01.40</p> <p>Subtítulos</p>	16 segundos
12	0.01.41	0.01.42	Transición			
13	0.01.43	0.0.51	Imagen 2 Audio 6	<p>Voz en off</p> <p>“El video contiene la fotografía de una fila de camillas con mujeres embarazadas recostadas y ubicadas en un pasillo.”</p>		

14	0.01.51	0.01.52	Transición			
----	---------	---------	------------	--	--	--

15	0.01.53	0.02.37	Violeta Osorio	<p>música instrumental desde 0.01.53 hasta 0.02.37</p> <p>Desde el seg. 0.01.53 - 0.02.37  “Se expresa como maltrato verbal y físico, humillaciones y burlas, negativa al acompañamiento, restricción en la libertad del movimiento y en la expresión de las emociones, uso de intervenciones y medicalización innecesaria y rutinaria, pero principalmente se vincula con el hecho de no ser tomada en cuenta como la protagonista del parto y la falta de acceso a la información que le permita tomar decisiones libres sobre el proceso que está atravesando.</p>	<p>0.01.53-0.02.36  Recuadro intérprete</p> <p>0.01.53-0.02.36  Subtítulos</p>	44 segundos
----	---------	---------	----------------	---	--	-------------

				El parto es un hecho sexual y es nuestro derecho atravesarlo con dignidad, integridad, libertad y autonomía.”		
18	0.02.38	0.02.47	Transición			

19	0:02:48	0:03:59	Imagen 3  Audio 7	<p>Voz en off desde 00.02.47 hasta 00.03.59</p> <p>Mi parto, mi decisión</p> <p>- Dirección general: Aguirre Catalina, Mizares Gisela</p> <p>- Producción general: Aguirre Catalina, Maizares Gisela</p> <p>- Guión: Aguirre Catalina, Maizares Gisela, Osorio Violeta, Rolla Vanina, Saraceno Francisco.</p> <p>- Edición de video: Aguirre Catalina</p> <p>-Protagonistas: Osorio Violeta, Saraceno Francisco.</p> <p>- Interpretación LSA: Rolla Vanina</p>	<p>Texto: Mi parto, mi decisión</p> <p>- Dirección general: Aguirre Catalina, Mizares Gisela</p> <p>- Producción general: Aguirre Catalina, Maizares Gisela</p> <p>- Guión: Aguirre Catalina, Maizares Gisela, Osorio Violeta, Rolla Vanina, Saraceno Francisco.</p> <p>- Edición de video: Aguirre Catalina</p>	1 minuto 3 segundos
----	---------	---------	-------------------------	--	--	------------------------

					-Protagonistas: Osorio Violeta, Saraceno Francisco. - Interpretación LSA: Rolla Vanina	
20	0.04.02	0.04.29	Imagen 4  Audio 8	Voz en off desde 00.02.41 hasta 00.02.51  Aparece en pantalla, el logo del Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina.  música instrumental desde 00.04.14 hasta 00.04.29		26 segundos

En cuanto a la propuesta estética, la planteamos en base a las posibilidades de ambientación de Violeta y Francisco a la hora de llevar a cabo el rodaje. Sin contar con un presupuesto, las tomas del video fueron filmadas con los celulares que tenían a disposición. Como requisito en la escenografía, fue ambientada con fondo liso, colores claros y otros elementos que acompañan, como por ejemplo plantas. Grabada con luz del flash del dispositivo. De acuerdo a los aportes realizados por CILSA, esto favorece el contraste con la imagen brindando claridad en su recepción para las personas con baja visión.

Por las implicancias de las herramientas inclusivas que teníamos que aplicar en post producción, las personas que relatan el guión aparecen sentadas en plano cintura con ángulo horizontal normal de frente. En este sentido, nos pareció importante que la persona que esté hablando, tenga el completo protagonismo en el video y no genere confusiones, además nos facilitó a la hora de agregar en la edición a la intérprete.

Después de consultar a Analía Ricciardiello, de CILSA, sobre las posibilidades de incorporar audio, decidimos utilizar música instrumental, una para la apertura y el cierre, y otra para el desarrollo, con el fin de acompañar el relato. La recomendación fue que siempre haya música, siempre que no solape el sonido principal.

Por otro lado, para ayudar al dinamismo del producto, añadimos imágenes recabadas por la organización y elegidas por nosotras, que reflejan las intervenciones del personal de salud dentro de un hospital y que son explicadas a través de audiodescripción, para garantizar el acceso a las personas con discapacidad visual.

Siguiendo con la lógica de respetar los parámetros que hacen a la comunicación inclusiva, en cuanto a la gráfica, se utilizaron zócalos con la presentación de quienes relatan y subtítulos en Arial 14, con 3 puntos de separación, interlineado 1.5, alineación de texto a la izquierda, contraste entre la figura y fondo sin transparencias. Además, del recuadro de intérprete en el ángulo inferior derecho, que no superará el 35% del total de la pantalla.

Como el ciclo será reproducido en las redes sociales de la organización OVOA, utilizamos los colores que les identifican: violeta y blanco. Las placas que aparecen a lo largo del vídeo son tres, la primera de introducción con el título *Mi parto, mi decisión*, la segunda con el nombre del capítulo y al finalizar el vídeo, la placa de la organización.

Una vez que Francisco y Violeta grabaron los vídeos, nos enviaron los crudos para que comencemos a editar. La filmación fue realizada con un sistema operativo incompatible con nuestros dispositivos, el cual nos atrasó el proceso porque tuvimos que buscar soluciones con personas conocidas que sabían del tema. De esta forma, logramos resolverlo y avanzar en la siguiente etapa.

Mientras comenzamos con el proceso de postproducción decidimos pensar el nombre del ciclo y concluimos en conjunto con la organización en *Mi parto, mi decisión*, entendiendo

que la información distribuida en los guiones se basa en la importancia de la autonomía, la libertad y la dignidad.

### **Etapa de postproducción**

Para la edición del vídeo piloto que planteamos entregar decidimos utilizar el programa Filmora X que nos brindó los recursos necesarios para desarrollarlo ya que cuenta con un funcionamiento intuitivo, lo que nos facilitó el proceso por nuestra escasa experiencia en el área. La decisión de no contratar a un editor o editora, fue porque planteamos esta instancia como aprendizaje a pesar de entender que como profesionales no está dentro de nuestras principales competencias.

Con el manual brindado por la organización CILSA, en donde se ven plasmadas las herramientas específicas que son necesarias para garantizar la comunicación accesible, no fue un problema incorporarlas en el producto porque se presentaban de una manera clara, concisa y que no daba margen de dudas.

El problema principal con el cual nos encontramos, fue realizar el empalme entre los videos de desarrollo y su interpretación, ya que este último era 30 segundos más largo aproximadamente. Al haber tenido algunas trabas en cuanto al tiempo que disponíamos de la organización y la intérprete para la filmación en la etapa anterior, no consideramos óptimo pedir que se realice de nuevo, por lo tanto buscamos la alternativa más conveniente que fue editar las velocidades de los videos.

La razón por la que esto sucedió fue porque hubo falta de comunicación entre lo solicitado y lo que finalmente se recibió, ya que entendemos que no fuimos claras al momento de enviar los lineamientos para su realización. La intérprete nos entregó dos productos correspondientes a la introducción y al desarrollo, lo que provocó una dificultad a la hora de agregar las imágenes planteadas en el guión, porque al no tener conocimiento de lengua de señas no sabíamos donde finalizaban las diferentes partes, pero pudimos resolverlo con la consulta y reenvío del documento para la indicación de los minutos que debíamos cortar.

Con ánimos de seguir avanzando para concluir nuestro proyecto, buscamos referentes en la temática, conocimos a REDI (Red por los derechos de las personas con discapacidad), quienes se ocupan de promover el protagonismo de las personas con discapacidad en la lucha

por sus derechos, se enfocan en el modelo social presente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas. Mediante mail, conversamos con Andrea Grassia quien se comprometió a realizar una devolución en cuanto a la audiodescripción que propusimos, para esto nos pidió el envío del producto. Remarcó que el texto de las imágenes era descriptivo y conciso.

Una vez que tuvimos su visto bueno, nos enfocamos en buscar una persona con voz fuerte y clara para que las grabe. Es en esta instancia que encontramos a Melina, compañera de cursada de Gisela, quien tuvo la buena predisposición de sumar su voz a nuestro video.

Cuando llegó el momento de visualizar nuestra producción, nos dimos cuenta que la audiodescripción no estaba clara ya que se centraba en describir por ejemplo, una imagen, pero no el aviso que aparecía en pantalla. Por esta razón, decidimos volver a grabar para tener un producto más óptimo y que cumpla con nuestras expectativas.

### **Consideraciones finales**

Al comenzar la investigación sobre la temática no nos imaginamos hacia dónde nos llevaría. Las primeras aproximaciones permitieron que pensemos en un proyecto que aporte a la visibilización de la ley de Parto Respetado porque entendíamos que si las personas accedían a su conocimiento, la violencia obstétrica se podía evitar. Con el tiempo comprendimos que esa percepción estaba completamente errada y que la violencia no era reconocida como tal por estar naturalizada.

Los actos violentos, suelen movilizar y paralizar a las personas que lo sufren, percibirse como víctima, forma parte de una identidad propia que acompaña el día a día. Es desde este punto que pudimos observar el cambio en quienes lo vivieron, en la forma de ver el parto y la maternidad y cómo resurgen a partir de su experiencia, la apropian y se empoderan.

La violencia obstétrica no es un problema técnico ni hay una falta de evidencia científica que lo demuestre, sino que realmente es un problema cultural y político arraigado en una cultura misógina. Por esta razón, hay que analizar la cultura, entender qué y cuál es el lugar que ocupa en la sociedad la persona con capacidad de gestar; cuál es el lugar que se le da al nacimiento, a la sexualidad, cuál es el lugar que ocupa el personal de salud.

Para realizar el proyecto, nos pareció importante trabajar en conjunto con organizaciones porque, además de estar fuertemente vinculadas a la orientación de planificación, pensamos que la producción en equipo garantiza el enriquecimiento a la hora de plantear estrategias de comunicación y, contar con sus espacios de difusión, nos permitiría expandir la producción.

Cuando creíamos que teníamos un enfoque para el proyecto de TIF, la entrevista con Vanina Rolla (la intérprete) nos abrió un mundo que desconocíamos y que hasta el momento no teníamos en cuenta: la violencia obstétrica y la discapacidad. Esto nos significó un antes y un después en la forma de visualizar la temática por lo que nos marcó el camino a seguir.

Desde aquella charla, no dejamos de involucrarnos con la investigación, lo que nos presentó la realidad de que las personas gestantes con discapacidad son doblemente invisibilizadas, ya que no solo son portantes de un cuerpo gestante históricamente vulnerado por una sociedad patriarcal, sino también en torno al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, donde se recae en la infantilización y la incapacidad de independencia.

A partir de ese momento y a lo largo de todo el proyecto, nos acercamos a aquellas realidades que no estábamos teniendo en cuenta. Nuestro accionar nos permitió crecer en la militancia que ambas tenemos en el feminismo y en lo académico, pero también en lo humano, al darnos cuenta de que a pesar de ser mujeres, contamos con ciertos privilegios que otras personas no.

Es importante hablar desde este punto de la comunicación y su rol fundamental a la hora de transmitir información a la ciudadanía, hacer visible la diversidad es clave a la hora de construir la accesibilidad y garantizar los derechos humanos que establece el modelo social en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otro lado, nos resulta necesario mencionar que dimos cuenta en la memoria, de un extenso marco normativo que no se está teniendo en cuenta a la hora de realizar ciertas prácticas rutinarias. Para lograr la aplicación de la ley, evidentemente tiene que conseguirse un cambio de paradigma médico, donde el centro de la escena no sea el profesional de la salud sino la persona que va a parir. Proponer un nuevo modelo implica dejar de seguir rutinas, normas y guías estandarizadas, para centrarse en las necesidades de la persona gestante.

Además, no podemos dejar de nombrar a nuestra casa de estudios y el posicionamiento que asume a la hora de formar profesionales en comunicación con perspectivas, tanto de género como de derechos. Dentro del ámbito académico destacamos a los seminarios interdisciplinarios optativos, los cuales forman parte de la estructura del plan de estudios y son aprobados secuencial y periódicamente por el Consejo Académico. Entre ellos realizamos el de Comunicadores Inclusivos, que propone la producción de mensajes relacionados a la discapacidad con la intención de alentar a la inclusión, el cual fue fundamental a la hora de realizar nuestro trabajo integrador.

Por otra parte, las políticas que se están generando en este momento no van a ser suficientes sin un acompañamiento activo del Estado, que es quien debe garantizarnos el acceso a nuestros derechos, por eso también es importante aprovechar estos espacios y oportunidades para incidir de una manera positiva en el lugar donde elijamos realizar nuestras intervenciones.

Con este trabajo buscamos *adaptar el relato para transformar* y hacer un aporte en la forma de comunicar, entendiendo que es posible incorporar las herramientas adecuadas para lograr accesibilidad sin que lleve un proceso complejo y poco intuitivo. En nuestra producción, la capacitación fue completamente necesaria para comprender los hábitos de una sociedad que desplaza sin mucha culpa a las disidencias.

Es desde este punto que pensamos la producción como un disparador, ya que no solo tenemos la intención de concluir con el desarrollo de todo el ciclo propuesto en este TIF, sino también trabajar otras problemáticas con el mismo formato. Además, nos planteamos en varias ocasiones poder pensar en otras herramientas de comunicación que permitan el acceso a la información de las personas con discapacidad.

## Referencias

Argentina. Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929 (2004). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Argentina. Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Argentina. Ley Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26.522. (2009). Artículo 66. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/155000-159999/158649/norma.htm>

Aruguete, N. (2015). *El poder de la agenda. Política, medios y público*. Buenos Aires. Argentina: Biblos.

Bejarano Petersen, C. (2010). Transposición audiovisual: universos del diálogo. *Razón y Palabra*, (71), 1-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199514914002.pdf>

Brentassi, V. (2020). *La palabra justa. Manuales para una comunicación inclusiva* (Tesis de Grado). Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Bruno, D et al. (2017). *Planificación y comunicación: perspectivas, abordajes y herramientas*. Recuperado de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59580/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59580/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Calcagno, J (2019). *Asistencia al parto en situaciones de discapacidad: experiencia de mujeres sordas* (Tesis de Grado). Recuperado de [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/24202/1/TTS\\_QUI%c3%b1on\\_ehttps://www.instagram.com/p/CAbBla4ncHj/sCalcagnoJohanna.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/24202/1/TTS_QUI%c3%b1on_ehttps://www.instagram.com/p/CAbBla4ncHj/sCalcagnoJohanna.pdf)

Centro de Innovación en Educación Digital. (27 de junio de 2016). *Nociones básicas de Accesibilidad Universal y Diseño para Todos*. Recuperado de <https://es.unesco.org/news/nuevos-datos-revelan-que-mundo-cada-tres-adolescentes-sufre-acoso-escolar>

Con Manos de Brujas. (5 de marzo de 2021). [video de instagram]. Recuperado de <https://www.instagram.com/p/CABla4ncHj/>

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y Protocolo Facultativo. (2006). Naciones Unidas. Selección de artículos. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (sf.). *Perspectiva del modelo social de la discapacidad*. Ministerio de Salud. Recuperado de [www.argentina.gob.ar/salud/sexual/informacion-para-equipos-de-salud/perspectiva-del-modelo-social-de-la-discapacidad](http://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/informacion-para-equipos-de-salud/perspectiva-del-modelo-social-de-la-discapacidad)

Domínguez, M. E.; Mattioli, N. y Sosa, F. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo*. Recuperado de <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-con-discapa.pdf>

FAUR, E. (2008). *Desafíos para la igualdad de género en la Argentina*. Recuperado de [http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/G%C3%A9nero/undp\\_ar%20Desafiosigualdaddegeneroweb.pdf](http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/G%C3%A9nero/undp_ar%20Desafiosigualdaddegeneroweb.pdf)

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires. Argentina: Tinta Limón.

Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder*. México, UNAM.

Gamba, S. (6 de marzo de 2008). *Feminismo: historia y corrientes*. Mujeres en red. El periodico feminista. <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1397>

Glombosky, A. (2019) *Todo parto es político: construcciones al momento de parir* (Tesis de Grado). Recuperado de [https://perio.unlp.edu.ar/sistemas/biblioteca/files/Glombovsky\\_Agatha\\_Glombovsky\\_Agatha.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/sistemas/biblioteca/files/Glombovsky_Agatha_Glombovsky_Agatha.pdf)

Huergo, J. (2009). *Hegemonía: un concepto clave para comprender la comunicación*. Apunte de Cátedra.

INADI (9 de mayo de 2016). *Servicio de Interpretación de Lengua de Señas del INADI* [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=j68DHOC2hk4>

Magnone, N. (2017). *Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Udelar.

Marcote, V. (2017). *Nosotras Parimos. Guía para un parto respetado*. Buenos Aires. Argentina: Paidós.

Martín Barbero, J. (1987). *De los Medios a las mediaciones*. México: Gustavo Gili.

Medina, G. (2010). *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*.

Recuperado de <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>

Menendez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/materia%20obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/materia%20obligatoria/modelo_medico.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (16 de junio de 2015). *Violencia Obstétrica (Capítulo 6)* [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=YoRKdSmNXVk>

Observatorio de Violencia Obstétrica. [OVO Argentina]. (9 de noviembre de 2022). *Capítulo 1 - Violencia Obstétrica*. [Archivo de Vídeo]. [https://www.youtube.com/watch?v=u\\_M9016RECU&t=2s](https://www.youtube.com/watch?v=u_M9016RECU&t=2s)

Observatorio de Violencia Obstétrica. Instagram. <https://www.instagram.com/ovoargentina/>

Pantano, L. (2007). *Discapacidad: la diversidad de la diversidad*. Apunte de cátedra.

Pérez González, K et al. (2020). Cuerpos gestantes: el término pionero en Argentina para nombrar a quienes abortan. *Distintas latitudes*. Recuperado de: <https://distintaslatitudes.net/explicadores/cuerpos-gestantes-argentina-aborto>

Petersen, C. B. (2010). Transposición audiovisual: universos del diálogo. *Razón y palabra*, (71), 1-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199514914002.pdf>

Saraceno, F, Osorio V. (2019). *Mujeres invisibles: Partos y patriarcado*. Buenos Aires. Argentina: Editora Interseccional.

Soler A, Teixeira, TC y Jaime V. (febrero 2015). *Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género*. Ponencia presentada en XI Jornada de Economía Crítica. Universidad de Granada, PUC Minas Gerais y Universitat de Valencia.

Uranga, W. (2007). *Mirar desde la comunicación. Una manera de analizar las prácticas sociales*. Recuperado de

<http://www.comunicacion4.com.ar/archivos/URANGA-MirarDesdeLaComunicacion.pdf>

Veron, E. (1993). *La semiosis social*. Barcelona: Editorial Gedisa.

## Anexos



*Argentina, octubre 2015*

### *Presentación*

El **Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO)** es una iniciativa autogestiva e interdisciplinaria impulsada por la agrupación **Las Casildas**.

Desde octubre de 2015 y con el fin de generar acciones que visibilicen el panorama real de la atención perinatal en Argentina, el Observatorio de Violencia Obstétrica trabaja en la construcción de propuestas y alternativas que permitan abordar esta problemática.

Una de sus primeras herramientas es la **Encuesta de atención al parto/cesárea:**

Se trata de un formulario que estuvo disponible desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2016 de manera virtual y presencial. Para garantizar resultados heterogéneos y de **representatividad nacional** se estableció una red de referentes en distintos puntos del país cuyo objetivo principal era realizar la encuesta en terreno. El fin último de esta encuesta, además de tener un panorama claro y real de la vulneración de derechos en la escena del parto, es que sirva de base para realizar **recomendaciones y sugerencias a los organismos e instituciones intervinientes**.

### *Introducción*

La Ley 26485 “**De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**”, en su artículo 6, inciso e, establece como Violencia Obstétrica “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. Esta última es conocida como **Ley de parto respetado**.

Es importante aclarar que, como todo atentado contra la dignidad, libertad, autonomía y la integridad, se trata de una vulneración a los derechos humanos que no sólo atañe a la persona gestante, sino también y de manera directa a su hijo/a. En concordancia otra ley que ampara desde lo general estos derechos, es la **Ley Nacional de Derechos del paciente con los**

## profesionales e instituciones de salud 26.529

1

· **Objetivo:** La importancia del presente informe radica en poder dimensionar en números estadísticos la incidencia de este flagelo, expresado en el trato deshumanizado, el uso de intervenciones y medicalización de manera rutinaria, agravado por la falta de acceso a la información y vulneración de la autonomía de la persona gestante por parte de los y las profesionales de la salud.

De igual forma, estamos convencidas/os que la visibilización de esta realidad permitirá dimensionar la importancia de las alternativas y propuestas ya existentes dentro de la atención perinatal, tanto particulares (profesionales o equipos de salud que a título personal generan cambios en su práctica), como institucionales, las cuales se han constituido como garantes de derechos; con el fin de generar compromisos que posibiliten su fortalecimiento, continuidad y réplica. Y la necesaria revisión de la legislación y mecanismos de control vigentes por parte del Estado.

### *Perfil sociodemográfico*

El presente informe se realiza sobre una base de **4939 nacimientos** reportados, de los cuales el **50.4%** sucedieron en una institución privada, **27,9%** en institución pública, **17%** en institución de obra social y **3%** en el domicilio de la persona gestante.

La edad media de la persona gestante **27.8 años**.

**7.5 de cada 10 mujeres eran primerizas.**

**Semana media del nacimiento 38.7**, teniendo en cuenta que este dato se relaciona con la semana de gestación, *no con el capurro*, es un número que ya nos da la posibilidad de inferir que el sistema de salud está programando mayor cantidad de cesáreas e inducciones de las médicamente justificables y muy por debajo de las semanas de gestación recomendadas para las mismas. Un dato que se confirma y recrudece si tenemos en cuenta que **la media de la semana de gestación para cesáreas programadas es de 38.4 y en caso de inducciones 38.8**.

### *Trato*

Si bien el trato digno debería ser una constante de sentido común inherente a las prácticas en salud, nos encontramos con un alto índice de **maltrato verbal**, que por supuesto afecta de manera negativa el bienestar de la persona gestante y el proceso de trabajo de parto y el parto. La evidencia de los datos recolectados indica que un alto porcentaje de las mujeres atraviesan el nacimiento de sus hijos e hijas en un ambiente hostil.

· **“Le estás haciendo mal a tu bebé”:** A **3.3** de cada **10** mujeres les hicieron sentir que ella o su bebé corrían peligro. Este hecho suele ser una forma de manipulación, que ejerce el personal sanitario para que la persona gestante acepte sin cuestionar, ni preguntar sobre las prácticas médicas que le son impuestas.

· **“Bien que te gustó”:** 5.4 de cada 10 mujeres **NO** se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos. 2.5 de cada 10 mujeres fueron criticadas por expresar sus emociones durante el trabajo de parto y parto. 2.7 de cada 10 mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores. Dentro de un proceso de tal magnitud emocional y psicológico que la persona gestante no encuentre espacio de contención no sólo afecta el proceso a nivel fisiológico saludable, sino que entorpece su vínculo con su hijo/a y explica también porque una gran cantidad de mujeres relatan sus experiencias de parto como una pesadilla, aludiendo a ellas incluso como **“el peor día de mi vida”** o **“sólo quería que se terminara”**, pero no en relación a la experiencia de dolor o intensidad atravesada sino al ambiente inhóspito y violento que la rodeaba.

· **“¡Mamita si! ¿Doctorcito/a también?”:** 5.3 de cada 10 mujeres fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos (gorda, mamita, nena). El uso de sobrenombres y diminutivos es un modo que no representa problema alguno en relaciones de confianza y horizontales, ya que surgen del cariño, el conocimiento mutuo y además es un trato de ida y vuelta. Sin embargo, cuando los *vínculos son asimétricos*, como es el caso de la relación persona gestante - profesional de la salud, es un hecho que acentúa aún más la relación de poder, este modo, entre otras cosas despoja de individualidad a quien los recibe y es un trato unilateral.

· **“¿Sin testigos?”:** La negación del acompañamiento tiene una influencia directa e inmediata sobre la salud psíquico-física de la mujer en trabajo de parto, interfiriendo negativamente en la fisiología y salud del desarrollo del mismo. Se deja a la mujer *sin “interlocutores/as” de confianza* y sin testigos de lo que acontece en su parto. Justificar esta práctica por falta de infraestructura o asepsia del ámbito no quita la responsabilidad del efector de salud correspondiente que infringe la ley y que lejos de garantizar la salud del evento que acompaña, la pone en riesgo.

**3 de cada 10 mujeres NO se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto.**

**4 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea.**

**2 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el posparto.**

#### ***Intervenciones sobre la persona gestante***

- **“¿Por qué me tratan como una enferma?”:** En el año 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que **“el embarazo no es una enfermedad”** y diseñó una serie de recomendaciones tendientes a favorecer una atención perinatal basada en la evidencia médica, científica y social. Sin embargo la realidad en la escena de los nacimientos dista mucho de lo allí consignado.

Desde la primera imposición, acostarse (litotomía), quedarse quieta con conexión con una vía fija al suero, la mujer gestante deja de ser autónoma para convertirse en un

objeto de observación e intervención (acceso al “campo” según los/as profesionales). De ellas devienen riesgos absolutamente innecesarios con su catarata de intervenciones para “subsanoarlos”; el/la bebé no desciende, se ralentiza el proceso de parto, el periné sufre mayor compresión y esfuerzo en su zona posterior, se presionan los grandes vasos sanguíneos maternos, poniendo en riesgo la correcta oxigenación del/a bebé, lo que aumenta las posibilidades de sufrimiento fetal, por citar solo algunos. Lo que conlleva a: episiotomías, desgarros, utilización de oxitocina para re-encauzar los “tiempos y efectividad” del trabajo de parto, colocación de epidural, fórceps, kristellers, cesáreas, prácticas invasivas y hasta de reanimación del/a bebé al nacer de esta manera, etc.). En función de la comodidad y practicidad de los agentes de salud, se pone en riesgo la, valga la redundancia y contradicción, salud de la diada madre-hijo/a.

- **“Confinada a una cama”:** 4 de cada 10 mujeres NO pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto.

**7 de cada 10 NO tuvieron libertad de movimiento durante el parto.**

Sin embargo, de aquellas mujeres que tuvieron libertad de movimiento durante el trabajo de parto, sólo 1,4 de cada 10 mujeres terminaron en cesárea; 0,2 necesitaron fórceps y 6.6 mujeres de cada 10 tuvo parto. Lo que confirma como la libertad de movimiento no es sólo una cuestión de sentido común y derecho, sino también un factor que favorece el buen desarrollo del proceso en términos de salud.

Por otro lado, **6 de cada 10 mujeres tuvo monitoreo fetal continuo.**

**A 7 de cada 10 le pusieron una vía (conectada a un suero, no intermitente). Y 6.4 de cada 10 NO pudieron beber o comer durante el trabajo de parto.**

Es interesante destacar cómo todos estos aspectos se relacionan entre sí, no termina de ser muy claro si la persona gestante no tiene libertad de movimiento por todas aquellas prácticas (realizadas de manera rutinaria) que entorpecen esa posibilidad o que el hecho de estar confinada a una cama es una invitación a la intervención.

- **Apurar los tiempos sin evidencia:** A 7 de cada 10 mujeres le rompieron artificialmente la bolsa. Se trata de una maniobra que ha demostrado no tener beneficio alguno, realizada de manera rutinaria y con una cuota alta de riesgos (OMS).
- **“¿Nos están drogando?”:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) marca como un estándar justificable para el uso de oxitocina entre 0.5 y 1 de cada 10 nacimientos. Sin embargo, nos encontramos con que a 6.4 de cada 10 mujeres les fue suministrada oxitocina para conducir y/o acelerar el trabajo de parto.

- **“Como si fuera pasta dental, empujo por un lado y sale por el otro”**: A **3.3 de cada 10 mujeres les realizaron la maniobra kristeller en su parto**. Esta maniobra, está categóricamente desaconsejada por la OMS por los múltiples y altos riesgos que representa para la mujer y el/la bebé. En algunos países incluso está prohibida. Sin embargo **en nuestro país sigue siendo una práctica cotidiana** que va desde el empuje con la mano, hasta que un/a profesional se suba completamente sobre la mujer.
- **“Mutilación genital en occidente”**: La **episiotomía innecesaria está considerada como una mutilación genital (OMS)**. En Argentina se usa de manera cotidiana y por razones tan absurdas y nada científicas como: ser primeriza, evitar posibles desgarros, tener un bebé grande o prevenir posibles prolapsos. **A 6 de cada 10 mujeres se les practicó una episiotomía y de esas 8.5 de cada 10 eran primerizas**. Las secuelas físicas, emocionales y psicológicas de esta práctica pueden ser devastadoras para la mujer, no solo se trata de la incomodidad o dolor a soportar debiéndose ocupar de un/a bebé recién nacido/a, sino en su posterior vida cotidiana, sexual y reproductiva.
- **“Sólo un cortecito y quedás divina”**: El dramático crecimiento del índice de cesáreas a nivel mundial, ha sido descrito por la OMS como una epidemia y un grave problema en materia de salud pública. El uso médicamente justificable para esta cirugía mayor es **en 1.5 de cada 10 nacimientos**. Sin embargo, la encuesta de “atención al parto/cesárea” arrojó que **4.7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea** y de estas **4 de cada 10 fueron programadas**.

Un dato nada menor por las implicaciones en la vida sexual y reproductiva es que **8,8 de cada 10 cesáreas fueron realizadas primerizas**. Con un sistema de atención perinatal que aún se maneja en casi su totalidad, sobre todo a nivel privado, bajo la premisa de “una vez cesárea siempre cesárea” se está disparando a corto y mediano plazo una escalada aún mayor de cesáreas difícil de frenar si no se establece una real revisión y transformación de las prácticas en salud perinatal.

- **Escalada de intervenciones**: No es un misterio que a mayor índice de intervenciones aumentan las probabilidades de necesitar otras intervenciones más (efecto dominó), especialmente cuando se trata de rutinas innecesarias.

Las prácticas médicas nunca son inocuas, siempre traen aparejados efectos secundarios, es por esto que su uso debería estar reservado solo para cuando su beneficio real es mayor a su posible riesgo. Es interesante tener en cuenta además que los efectos secundarios suelen recaer sobre todo en el/la recién nacido/a.

Es así como nos encontramos con que: **3 de cada 10 de los partos vaginales fueron inducidos**, aún cuando el estándar de la OMS es 1 de cada 10.

De las inducciones que derivaron en parto vaginal, **2,4 de cada 10 terminaron con el/la bebé en neo**.

De las **inducciones que derivaron en cesárea 4,4 de cada 10 terminaron con el/la bebé en neo.**

Por su parte, **4,5 de cada 10 nacimientos por cesáreas terminaron con el/la bebé en neo.** Lo que nos muestra que a mayor intervención (la mayoría innecesaria a la luz de los números observados) mayor morbilidad neonatal.

### *Intervenciones sobre el/la bebé*

- **“Tu hijo/a, nuestra propiedad”:** Las rutinas sobre el bebé siguen estando en una gran nebulosa. Los indicadores no son del todo fiables. Lo que da cuenta de la alarmante sumisión hacia el sistema médico que las mujeres/madres tienen naturalizada. Es impensable que una madre entregue a su hijo a “no sabe quién” para que le realice “no sabe qué”, por “no sabe cuánto tiempo” en cualquier otro momento de la vida de ambos, pero en este caso, el solo hecho de “parecer” un médico (portación de ambos) habilita una situación extremadamente delicada y inédita per se.

**7 de cada 10 mujeres NO saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos e hijas y por supuesto no dieron su consentimiento.**

- **“Acabás de nacer y no se quien sos”:** El contacto inmediato y sostenido no sólo es un derecho de la diada madre-hijo/a, sino que representa una necesidad fisiológica que favorece el bienestar de ambos/as. Algo que debería ser la norma, se convierte en una cuestión de suerte y/o criterio personal del/a profesional.

**6,6 de cada 10 recién nacidos/as tuvieron contacto inmediato con su madre ni bien nacieron, pero en 6.3 de cada 10 casos ese contacto sólo duró un momento.** Es decir que, en la mayoría de los casos, eso que se refiere como contacto inmediato, no es piel con piel, ni si quiera tenerlo/a en brazos, sino que es verlo/a pasar, darle un beso y nada más.

Hoy en día existe infinidad de evidencia científica sobre la importancia y valoración, en términos de salud a corto y largo plazo del establecimiento inmediato del contacto madre hijo/a luego del nacimiento (control y regulación térmica, adecuación respiratoria y refleja, re-equilibrio hormonal sanguíneo luego del stress del parto, etc.) Con lo cual realizar una separación de madre-hijo/a, aunque sean unos minutos, sin una razón real médica que la amerite y solamente por comodidad práctica de los/as profesionales sanitarios es desatender gravemente la salud de ambos/as y una violación a sus derechos.

**Por su parte 4 de cada 10 recién nacidos/as debieron ser ingresados en salas de neonatología.** Si no estuviéramos frente a un modelo de atención perinatal intervencionista tendríamos que preguntarnos: ¿qué está sucediendo a nivel biológico para que tantos/as recién nacidos/as “necesiten” de cuidados especiales? Sin embargo, a la luz de los números expuestos las preguntas que tenemos que hacernos

son: ¿cuántos/as de estos/as bebés necesitaron asistencia como resultado de todas las intervenciones y medicalización que recibieron sus madres durante el trabajo de parto y parto y que por supuesto no es inocua? ¿Cuántos/as de estos/as recién nacidos/as fueron a neonatología debido a la interrupción del contacto inmediato y sostenido con su madre, alterando así su proceso de adaptación? Y por supuesto, ¿cuántos/as de estos/as bebés llenaron las salas de neonatología para justificar los gastos de la alta complejidad?

Por otro lado, la cuestión de base es determinar si a la luz de estos números no estaremos entrando en un círculo vicioso: ante unos resultados neonatales adversos (que 4 de cada 10 bebés hayan necesitado ingreso a neonatología es más que preocupante) la respuesta, desde un modelo intervencionista es justamente, elevar el índice de prácticas de rutina, ya que en ellas encuentran la seguridad y control, lo que por supuesto sigue incrementando aún más los efectos nocivos en la mujer y el/la bebé.

· **Políticas públicas, ¿sólo un papel?:**

**4 de cada 10 mujeres NO recibieron asesoramiento para amamantar.**

**A 4 de cada 10 les ofrecieron darle mamadera a su hijo/a.**

**9 de cada 10 de los/as bebés que tuvieron contacto temprano y que nunca fueron alejados/as de su madre NO necesitaron ser alimentados complementariamente con leches de fórmula, sin embargo 6 de cada 10 bebés que establecieron contacto con su madre después de 5 hs. SI fueron alimentados de manera artificial.**

La rutina y hasta costumbre de alimentar a los/as bebés con leches de fórmula con o sin consentimiento de sus ma/padres es una vulneración de derechos de salud altamente probados, pero que se sigue ejerciendo en infinidad de ámbitos institucionales, sin medir las graves consecuencias de salud que esto les ocasiona a los/as bebés.

Tampoco se reconoce la profunda interferencia que se genera en el inicio del vínculo madre/hijo/a y el establecimiento de la lactancia.

Es inadmisibles, que hoy en día, a la luz de toda la evidencia científica existente, el personal médico siga menoscabando y menospreciando la lactancia materna como fuente de salud. Sin dimensionar las consecuencias de patologizar el estado de los/as bebés no solo a corto sino a largo plazo (mayores índices de generar alergias, obesidad, diabetes, etc.)

### *Autonomía e información*

La vulneración más sistemática y a la vez la más legitimada en cuanto a la violencia obstétrica se manifiesta en cuestiones referidas al respeto de la autonomía de la persona gestante, un hecho que se relaciona directamente con la condición de ser mujer dentro de un

sistema patriarcal. Estamos no solo frente a un alto e injustificable uso de intervenciones y medicalización de rutina, sino lo que es más alarmante una negación total del derecho a elegir. El trato puede ser digno, la atención obstétrica idónea y oportuna, pero si la persona gestante no fue informada (información completa, verdadera, adecuada y oportuna) y no dio su consentimiento para la prácticas realizadas sobre ella o su hijo/a estamos ante una clara violación de su autonomía. No solo se trata de dar la mejor atención posible, sino entender que ante todo la mujer es la principal figura de toma de decisiones. Ser protagonista de su parto, tal y como establece la ley, no es solo una frase políticamente correcta o que implique un trato respetuoso, sino la garantía total de la soberanía, tanto sobre el proceso que está atravesando, como por su propio cuerpo y por el bienestar de su hijo/a.

- **¿Dar información, indicar o terrorismo psicológico?:** El derecho a recibir información adecuada, completa, verdadera y oportuna constituye el primer eslabón básico de la persona gestante en relación al efector de salud. Sin este requisito primordial, están siendo vulnerados sus derechos conforme a las leyes vigentes.

**4 de cada 10 mujeres NO fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su hijo/a.** Dato que se agrava si tenemos en cuenta que, como hemos citado más arriba, a **3.3 de cada 10 mujeres les hicieron sentir que ellas o sus hijos/as corrían peligro.**

- **Como un pedazo de carne:** No sólo estamos ante un uso injustificado de intervenciones y medicalización de rutina, como queda comprobado en ítems anteriores, sino que la vulneración de la autonomía es sistemática y alarmante:

**NO se les dio información ni dieron su autorización** para las prácticas de:

- ✓ **Rotura artificial de bolsa: 7 de cada 10 mujeres**
- ✓ **Vía Intravenosa: 6.5 de cada 10**
- ✓ **Uso de oxitocina: 6.7 de cada 10**
- ✓ **Tactos: 4 de cada 10**, dato que se agrava si tenemos en cuenta que **8 de cada 10 del total de las mujeres recibieron más de un tacto y 5 de cada 10 de las mujeres de este último total fueron tactadas por más de un profesional**, es decir estamos antes varias oportunidades y varios profesionales distintos que podrían haber garantizado derechos.
- ✓ **Monitoreo fetal continuo 5 de cada 10**
- ✓ **Cesárea: 3 de cada 10**
- ✓ **Episiotomía: 8 de cada 10**
- ✓ **Kristeller: 9 de cada 10**
- ✓ **Inducciones: 5.6 de cada 10**

## *Conclusiones*

A partir del trabajo que desde el 2011 venimos realizando como agrupación y a la luz de los datos arrojados en esta encuesta, podemos afirmar que el sistema perinatal hegemónico pone

en riesgo físico, emocional y psicológico a las personas gestantes y sus hijos e hijas. Estamos ante un modelo en crisis y absolutamente colapsado que no cuenta con respaldo científico, aunque sí socio-cultural. Es así que, con profunda preocupación, confirmamos que el modelo de atención perinatal hegemónico, es ante todo producto de un paradigma cultural, que por supuesto atraviesa los imaginarios sobre la salud, la mujer, el nacimiento y las relaciones de poder. Durante estos años de intenso trabajo hemos podido determinar que existen “verdades culturales” aceptadas tanto por los profesionales de la salud, como por la sociedad en general, que sostienen y fortalecen esta violencia, entre ellos:

- **Portación de ambo:** Por el mero hecho de poseer un título, tanto las personas gestantes, como todo su entorno inmediato depositan el saber en el profesional de la salud quien toma el control absoluto sobre el proceso de gestación, parto y nacimiento. *“Yo soy el/la que sabe”, “vos déjame a mí, mamita, yo sé lo que hago”, “ya tengo XX años de experiencia en hacer partos”,* etc. La muletilla más común de parte del personal sanitario es: *“yo no me arriesgo”* como si ellos/as fueran los/as protagonistas del proceso ¿Quién es, en todo caso, quien tiene algo/**alguien** para “arriesgar”? Lo más grave, de esta situación es la aceptación por parte de la persona gestante de las indicaciones/imposiciones sin mediar ninguna explicación, ni información “real y científica”. Hemos naturalizado que una persona gestante deja de ser sujeta de derechos para pasar a ser objeto frente a quien “porta el conocimiento” (ambo).
- **Por tu propio bien:** El sistema médico hegemónico, se caracteriza, entre otras cosas, por una mirada paternalista, que despoja a la persona gestante (en este caso) de su capacidad de elegir autónomamente, sumiéndola en un estado de subordinación, donde la única opción posible es la obediencia ciega e incuestionable. Una situación que se agrava por el hecho de estar el miedo por bienestar del hijo/a de por medio, una estrategia que sin mediar, sistemáticamente, es usada por los/as profesionales de la salud para que la persona gestante acate, lo que le es impuesto por ellos/as. Una situación que cotidiana y posible ya que no estamos “acostumbradas” a pedir explicaciones a quienes “saben”.
- **Entrega al sistema:** Dentro de una sociedad patriarcal, los roles culturales asignados a la mujer son precisamente aquellos que habilitan la sumisión al otro/a, la invasión de su cuerpo y por supuesto la vulneración de su autonomía. Por una parte, como mujeres, ya nos encontramos con el mandato de ser “buenas chicas”, cuestionar, indagar, interpelar no son características deseables en una mujer. Por otra parte, el estereotipo que hemos construido alrededor de la maternidad, está ligado a la idea de sacrificio y dolor, entendemos el bienestar de los/as hijos/as en contraposición al bienestar de la madre, la “buena madre” es aquella que se sacrifica. Una creencia que se ve instalada, desde el mismo instante que como mujeres nos encontramos ante la imposibilidad (universal, gratuita y segura) de elegir si queremos ser madres, asumiendo la maternidad como una imposición y un designio.
- **La marca del sistema:** Es interesante observar, cómo sin importar la vía del nacimiento, casi la totalidad de las mujeres llevamos en nuestros cuerpos la marca de haber pasado por el sistema de salud, ya sea con una cicatriz en el útero o en nuestros

perinés. Este hecho da cuenta de la liviandad con la que se intervienen los cuerpos femeninos, no por necesidad médica, sino tan solo por costumbres y creencias. Y nuevamente, sin ningún tipo de cuestionamiento, y sin ningún espacio a la duda con respecto a estas prácticas por parte de las mujeres y la sociedad en su conjunto.

Estos números hablan por sí solos, visibilizan la **vulneración cotidiana y sistemática presente en los nacimientos del sector público y privado de todo el país**. Es por esto, que consideramos de suma urgencia, la necesidad de transformar el sistema de atención perinatal hegemónico, hacia una **práctica médica con perspectiva de género y de derechos**, lo que implica por supuesto un proceso profundo de sensibilización, difusión y formación, no sólo a los efectores de salud, sino a la población en general, ya que como bien expusimos, se trata ante todo de un problema de índole cultural.

De igual forma, **reiteramos la importancia** de generar compromisos reales desde el Estado, las instituciones y organismos intervinientes y por supuesto la sociedad en general que **visibilicen, fortalezcan y repliquen aquellas iniciativas particulares e institucionales que den cuenta de una transformación profunda en el sistema de atención, alternativas que se erigen como garantes de derechos** y que representan el presente/futuro hacia el que tenemos que caminar.

Desde **Las Casildas y el Observatorio de Violencia Obstétrica sostenemos la responsabilidad de seguir generando y creando los aportes indispensables para hacer, entre todos/as visible lo invisible.**

### **Entrevista a Vanina Rolla:**

Mis viejos, los dos, son sordos, aparte soy intérprete de lengua de señas y trabajadora social. Con Fran tengo contacto porque parí en casa, parí con el equipo de él, hace un año atrás. Después, justo se dio la casualidad que yo tengo dos amigas sordas que también habían quedado embarazadas en la misma época que yo y se empezaron a interiorizar lo que es el parto en casa y todo lo que significa la violencia obstétrica. Hay una realidad que las personas sordas no acceden a ese tipo de información, imagínense que si una persona oyente puede no acceder a esa información porque no es algo que está tanto en vigencia, quizás recién ahora empieza a tener un poco más de voz, pero a las personas sordas menos que menos.

No sé porque se dio una conversación que tuvimos con Fran con respecto a eso, hay otra doula que se llama Patricia que también es intérprete de lengua de seña y también parió con Fran, no sé si les comentó de ella. Empezamos a pensar eso y a mi me parecía muy loco, habiendo atravesado la experiencia de parir en casa o antes de parir, digamos iniciando el proceso, lo importante que es tener la posibilidad de acceder a la información, de preguntar y que el mensaje te llegue claro.

Para mí siempre es bienvenida la posibilidad de hacer circular la accesibilidad y la importancia que tiene eso. Dos amigas más se empezaron a dar cuenta que ellas sufrieron violencia obstétrica sin saber que era violencia lo que había atravesado, pensando que era parte de la rutina misma que el nacimiento. Eso fue un shock para mí porque antes de ser madre nunca lo había pensado y la importancia de ese momento, me imagino pariendo y no pudiendo comunicarme con alguien, no sabiendo qué es cortar el cordón y esperar a cortarlo, cosas fundamentales que para mí los médicos y médicas dan por hecho que la gente lo sabe.

Una de las chicas era la segunda hija que tenía y la primera había sido cesárea y no sabía el motivo por el cual había ido a cesárea. Entonces son un montón de cosas que están buenas para que se pueda generar espacios en donde la información se llegue a todos.

- *¿Hay personas que siendo sordas que se manejan más con la lengua de señas que con la lectura?*

Claro, no es que no sepan leer sino que la realidad es que la lengua de señas no es una traducción de palabra por palabra al español, sino que tiene que ver con un bagaje cultural que corresponde a la manera que la población sorda comprende el mundo. No es lo mismo una persona que no escucha, a como receptiona los mensajes. Si lo vemos desde el punto de vista de las personas que escuchamos, no es que saben leer pero la gramática al ser la lengua de señas tiene una gramática totalmente distinta al español. Por lo tanto, el vocabulario y el mensaje suelen perderse.

La educación de las personas sordas a lo largo de la vida ha sido, me sale mediocre, pero se podría decir insuficiente. Quizás recién ahora puede que se tenga un poco más de cuenta de cómo es una persona sorda. Siempre fue pensado desde las personas oyentes y como incluir en esa educación a la persona que no escuchaba, y forzarla. Es como si ustedes hubiesen ido a una escuela que se habla inglés y ustedes no saben el idioma, tampoco es lo mismo pero para que se entienda, están forzadas a entender en esa situación, es un doble trabajo porque la persona sorda cuando lee tiene primero pasarlo a lengua de seña para entender la cultura sorda y después entender el mensaje.

No es que no saben leer sino que la gramática es distinta, su mundo es lo visual, la extracción, los conectores, escapan de eso.

Mis viejos, ambos, han laburado toda su vida pero por ejemplo a la hora de escribir una carta al jefe en su momento, siempre nos han pedido a nosotras como hijas, ellos nos redactan la idea y luego nosotras escribirlo a lo formal, a lo adaptado a nuestro lenguaje. Obviamente

uno que desconoce piensa que no saben leer o escribir, pero bueno también hay que pensar desde donde se para uno. Y es lógico, porque yo tengo a mis viejos y conozco la comunidad pero si no la conociera, si no la hubiese mamado también pensaría en la dificultad de leer pero en realidad no, todo tiene que ver con un tema de accesibilidad a la información.

- *¿Entonces no bastaría con hacer subtítulos?*

Lo que comentaban de hacer subtítulos, sí es importante que tengan en cuenta que dentro de la comunidad sorda hay personas, como cualquier discapacidad, no es homogénea.

Depende mucho, hay personas que tienen un resto auditivo, hay personas que escuchan un oído sí y otro no, que manejan lengua de señas y que no manejan lengua de señas. Por ejemplo, mi mamá conoce la lengua de seña a partir de que conoce a mi papá, toda su vida, su infancia, fue a una escuela de oyentes y se manejo con la lectura labial. A ella sí le es importante quizás el subtítulo aunque también el subtítulo puede ser que no termina de cerrarle la idea, va a necesitar una base de explicación por fuera.

La lengua de seña como dije no es la traducción palabra por palabra, no existen los conectores, no existen las conjugaciones verbales, por eso si pensamos en hacer un material accesible para personas sordas, hacerlo solo con subtítulos no alcanzaría. Es un condimento importante para las personas que no manejan la lengua de seña pero estamos dejando afuera también a aquellas personas que solo se comunican con eso.

Cuando se labura pensando en la accesibilidad de personas sordas, está bueno trabajar con un asesor que es una persona sorda nativa, que maneja la lengua de seña y que tiene obviamente el conocimiento de su propia cultura, siempre se trabaja en conjunto. Si yo interpreto algo, el otro día me llamaron para interpretar una banda de una amiga que hace canciones para chicos y estoy trabajando con una asesora sorda, trabajamos las letras y cómo interpretarlas.

Siempre está bueno eso, porque yo puedo hablar desde mi perspectiva, pero uno puede pensar qué es lo mejor o cual es la mejor manera pero también está bueno escuchar la voz de a quienes va dirigido realmente la propuesta. Si es por eso, como les había comentado antes, yo tengo gente que puede aportar, no hay problema.

Se tiene mucho eso de “obviamente ve por ende puede leer” pero el mensaje no llega claro igual, te lee de pe a pa, pero significa que el mensaje es distinto. Algunas veces puede saberlo y otras no, depende. Nos pueden dar un texto en inglés que seguramente podamos leerlo pero de ahí a saber qué dice es distinto. Hago las comparaciones con el inglés para que

se comprenda, no es lo mismo obviamente porque no está este condimento que las personas sordas aprenden el mundo a través de lo visual. La gramática tiene mucho que ver con lo espacial, con las expresiones corporales.

- *Nos dijiste que la discapacidad incrementa la violencia obstétrica ¿Conoces casos?*

Si, por ejemplo mi amiga, ella tuvo a su primer hija por cesárea y no sabe, ella intuye que es porque le salió sangre por el canal vaginal y lo supuso pero hasta el día de hoy no sabe. Cuando se enteró que yo iba a parir en casa, ella me pidió el contacto de Nacha, una de las parteras que trabaja con Fran para ver que onda porque ella tenía ganas de incursionar para sanar un poco su primer embarazo.

Ella me dice que un poco se taró cuando Nacha le preguntó si ella sabía porqué había ido a cesárea. Su hija tiene cuatro años y hasta el día de hoy no sabe y el médico no le termina de explicar, uno piensa ¿Cómo puede ser? Pero es más normal de lo que ustedes piensan, con mis viejos lo vivo diariamente, queda solamente relegado a la voluntad del profesional y no debería pasar de esa manera porque la mayoría de los casos la voluntad no existe, así que claramente el acceso a la información no existe.

También al no tener acceso a la información desde muy chicos, tampoco se fomenta esa búsqueda, como la persona sorda termina no fomentando esa curiosidad por querer saber, investigar porque total no lo va a entender. Crecen con ese raciocinio. Hoy por suerte las cosas para los jóvenes están cambiando un montón, hay más información y accesibilidad, se piensa. Ustedes dos están pensando en la posibilidad de ver si se puede hacer accesible con respecto a la población de personas sordas.

También tengo el recuerdo de otra chica, de Belén, que le hicieron un montón de prácticas como la que te empujan la panza, que está prohibido y ella nunca lo supo, y pensaba que la episiotomía era una práctica habitual. Es grave la falta de accesibilidad con respecto a la obstetricia a las mujeres sordas, lo vivo con mi mamá que siendo abuela tiene un montón de cuestiones que tampoco supo. Ella no pudo amamantar pero dice “el médico me lo dijo y lo hice”, se baja así.

No hay un espacio al debate porque total, no entienden, esto es así y el mensaje siempre llega corto. Por otro lado, tengo otros ejemplos, Julia Barbarosa que hizo un fragmento del libro, ella tiene dos hijos y junto con el marido, que son sordos los dos, han ido a cursos y moviéndose. Se movieron para conseguir intérpretes en cada curso, exigiendo que

en el momento del parto haya un intérprete, porque eso también es una violencia absoluta, no todos los médicos y médicas habilitan esa posibilidad, ahora en pandemia menos.

- *¿Hay una reglamentación para eso?*

No, en nada, en ninguna institución ni pública ni privada. Obviamente hay instituciones que acceden por la normativa y otras que son mucho más rigurosas que no. No solo en el ámbito de salud, sino que en seguridad, en educación, en ningún lugar.

Muchas veces la posibilidad que haya una intérprete se da después de un arduo trabajo de pedir y demandar la presencia del intérprete que muchas veces es pagado por la persona que lo necesita, por lo tanto no es una accesibilidad 100%. La propia persona genera su propia accesibilidad, la institución no lo genera porque es totalmente nula.

- *¿Conoces alguna organización que trabaja la problemática?*

No, por eso con Fran hablamos un montón y yo me metí muy de lleno porque me toca muy de fondo el tema que estaba bien puérpera cuando surgió. Se me mezcla la cotidianeidad de tener padres sordos con la maternidad, de parir y decir no existe, no hay información accesible de estas temáticas.

Recién ahora se está moviendo un poco, yo cuando parí unas chicas me invitaron a un vivo de Instagram que es una chica sorda con un intérprete que se llaman Manos de Brujas y me hicieron una entrevista para que cuente mi experiencia de haber parido en casa y fue una revolución para la comunidad sorda. Recién ahora está empezando a hablarse de esto cuando el resto por ahí lo tenemos más instaurado. Hay un retraso cuando aparecen y se visualizan nuevas problemáticas, no llega, viene atrasado y si no lo hacen es por mérito propio, por curiosidad, porque no existe la posibilidad de hacerlos partes.

En algunos casos las organizaciones, capaz por ignorancia misma, yo porque la temática me atravesó toda la vida pero si no fuera por eso seguro no se me hubiera pasado por la cabeza pensar ¿Cómo hacemos con las personas sordas? En realidad nosotros como sociedad no nos manejamos así, aunque estaría bueno que empecemos a cuestionarnos y preguntarnos por el otro también.

No logramos entender que ninguno está exento de ser una persona con discapacidad, el día de mañana yo tengo un accidente y tengo que andar en silla de ruedas, no voy a poder llevar a cabo mi vida como la llevo hasta el día de hoy, voy a tener que modificarlo ¿Y por qué? Si solamente tengo algo demás que es una silla de ruedas. Siempre pongo ese ejemplo

porque es una realidad, uno piensa que no puede tener una discapacidad. No puedes seguir con tu vida normal y eso no tendría porqué ser así.

- *¿Tenes algún material que nos puedas pasar sobre esto?*

Lo que es parto, temática violencia obstétrica pensado para personas sordas no existe, sería lo primero que habría porque no hay. Salvo esto que surge por motus propio, la página de Instagram de mis conocidos que ellos sí querían tener el acceso de la información para decidir y se movieron, pero no porque haya material adaptado.

- *¿Y materiales sobre comunicación en discapacidades?*

Está la Confederación Argentina de Sordos, es una organización madre que nuclea todas las asociaciones de personas sordas y está bueno porque ahora tienen información piola de lo que es reglamentación de cómo generar inclusión, accesibilidad, esto que les comentaba de no trabajar sin un asesor sordo.

- *Con respecto a la adaptabilidad ¿El braille para las personas ciegas aporta o se puede suplantar con el audio?*

Como trabajadora social, trabajé en un momento en una cooperativa de personas ciegas y creo que sí es muy importante todo lo que es material hecho en braille, lo que pasa que no sé. Un libro, tengo el recuerdo que las personas que están en la facultad, tenían una biblioteca de una organización donde todos los libros y apuntes de la facultad de ciencias sociales de la UBA, ellos la hacían adaptable para personas con discapacidad pero no lo hacían en braille sino en audios.

La discapacidad visual no tiene esta vuelta de rosca con respecto a la gramática, es totalmente distinto, solamente no ven y eso que no ves se describe, en la imagen. Para que sea adaptado tenes que describirlo. Solamente la discapacidad auditiva se centra en la gramática porque es una cultura muy particular.

**Primer acercamiento a la organización La Casildas: Francisco Saraceno y Violeta Osorio**

Osorio Violeta soy feminista, activista por la soberanía de las mujeres en nuestros cuerpos y en nuestros procesos sexuales y reproductivos; también formo parte de Las Casildas, del Observatorio de Violencia Obstétrica, soy junto con Francisco, autora del libro *Mujeres invisibles. Parto y Patriarcado* y también soy mamá de Kiara y de Frida. De ahí claramente viene la militancia, las grandes mayorías de las mujeres que terminamos siendo activistas en estos temas desafortunadamente acarreamos historias de violencia obstétrica.

Francisco Saraceno, soy partero, padre de Frida que hace 6 años nació acá en esta casa, soy coautor de *Mujeres Invisibles* junto a Violeta y es uno de los tantos dispositivos que vamos a nombrar, que repensamos desde Las Casildas. Nosotros estamos atrás de esta agrupación de derechos que tiene el país, por ahí actualmente es una de las más importantes, de ahí se desprende el Observatorio de Violencia Obstétrica que tiene el país, que junto con Violeta y otras compañeras formamos parte. También soy docente en la Facultad de Medicina de la UBA, también en varias escuelas de partería a nivel mundial, ayudó en la coordinación de obstetricia del Partido de la Matanza, el partido más importante, grande y de mayor población de la ciudad de Buenos Aires. A su vez hago atención primaria de la salud, me encuentro en el primer nivel de atención, ya dejé los hospitales y las guardias en clínicas y hace más de 15 años asisto a nacimientos planificados en domicilios.

**Francisco:** Para mí uno de los puntos en esta problemática es que, de nacimiento, por un lado, parto respetado que obviamente está atravesado por la violencia obstétrica, no se conoce y nos enteramos cuando tenemos el test de embarazo y de la violencia obstétrica nos enteramos cuando la sufrimos y la pasamos. Recién con el test nos informamos y queremos saber sobre esto, porque en los colegios es tabú, en las facultades depende de lo que sigas también, entonces está muy bueno que cada vez más los jóvenes se comprometan en el tema y no esperen a la maternidad para tener una lectura crítica sobre la maternidad y las violencias ni hablar.

- *¿En qué año nace Las Casildas? ¿Bajo qué contexto?*

**Violeta:** La agrupación surge en el 2011, fundada por Julieta Saulo y surge justamente atravesada por su maternidad, las mujeres siempre quedamos como un antes y un después de la maternidad y a veces no de la mejor manera. Inicialmente nace como un proyecto en las redes, tenía que ver más con lo que en ese momento a ella la atravesaba el “postnatal”, que

son las licencias de maternidad después de parir que la verdad son vergonzosas; es muy difícil reincorporarte y todo lo que eso significa.

A raíz del tiempo la organización fue integrándose por distintas personas, empieza a parecer el tema de la violencia obstétrica y nos empieza a convocar como el eje principal de trabajo de la organización. Trabajamos en torno a lo que es derechos sexuales y reproductivos con mucho énfasis sobre todo en la violencia obstétrica entendiéndose como violencia machista.

El observatorio fue abierto en 2015 que es un organismo que depende de Las Casildas y es como nuestra iniciativa, la idea del OVO es relevar datos del territorio y para poder tener números, porque básicamente hasta ese momento el dispositivo más importante que teníamos era una obra de teatro Por parirnos es parirnos, una obra de teatro con debate posterior que nos dio la posibilidad de viajar por distintas partes de Argentina, entrar en distintos lugares e instituciones públicas y privadas.

En ese momento nos encontramos con que parecía siempre, sobre todo en voces de los profesionales, que la violencia obstétrica fuera tipo una anécdota, algo que le paso solo algunas mujeres, lo decían como “Bueno tuvo mala suerte; eso ya no pasa; eso ya no se ve; eso pasaba antes” como una cuestión de total negación en relación a la violencia obstétrica por parte del sistema médico y también por trabajadoras del Estado, funcionarias que tienen que hacerse eco de esta violencia. Sin embargo, lo que nosotros encontramos en el territorio y en las mujeres, es que el relato es siempre el mismo, el relato de las mujeres siempre está atravesado por vulneraciones y violencia, el de nuestras madres, el de nosotras y de nuestras hermanas.

Siempre se repiten las mismas cuestiones “No sabemos muy bien porque se hizo lo que se nos hizo; se nos trató mal; se nos habló con diminutivos; se nos hizo creer que nuestro hijx estaba corriendo peligro; se nos intervino sin ninguna necesidad y finalmente no tuvimos ningún tipo de información y por eso no pudimos decidir”. De ahí surge la idea de generar el observatorio para poder cuantificar, para poder decir que no son sólo algunas, sino que somos todas.

Actualmente el OVO va por su tercer relevamiento, el primero fue sobre la situación, poder hablar de lo que nosotros llamamos Atención al parto y la cesaría como para poder hablar en general debido a que se trata de una violencia tan naturalizada y tan socialmente

legitimada, la gran mayoría de nosotras la hemos atravesado, pero no la reconocemos. Entendemos que lo que pasó fue normal, es lo que corresponde, es sano, todo este tipo de relatos si solamente nos enfocamos en violencia obstétrica nos íbamos a encontrar con muy pocas mujeres para contestar la encuesta, básicamente porque no nos reconocemos como vulneradas. El segundo relevamiento tuvo que ver más con el impacto de esa violencia, cicatrices y mallas que nos deja y este último tuvo que ver con la situación en pandemia.

Siempre trabajamos con distintos dispositivos con la idea de generar charla/debate, antes de la obra insistíamos en dar charlas y eso obviamente no funcionaba porque básicamente siempre éramos las mismas. A partir de eso para saltar ese cerco, surgió la idea de hacer un documental. Luego tomamos esa posta y vamos con el libro, como con el mismo enfoque, algo que usamos en las presentaciones como espacio de debate, armamos presentaciones con la idea de que se pueda abrir el debate más allá del libro. La obra de teatro no es un espectáculo, el documental es más que eso y el libro también, son como excusas para poder encontrarnos y hablar

- *¿Qué resultados dio esta estrategia? ¿Qué impacto tuvo?*

**Violeta:** La modalidad es siempre la misma, se presenta la película y luego hay un debate posterior. De hecho Con parir, que es el documental, recién ahora durante la pandemia se liberó y es algo que nosotros todavía no queríamos porque saca de la cuestión el debate y perdemos ese espacio que es el que verdaderamente a nosotros nos interesa. Para nosotros como organización la obra de teatro ha tenido mucho más impacto que el documental, como que entendemos que la gente va a ver una obra de teatro y siente que es algo más amable, en un documental la mayoría de las veces vamos a ver algo duro, nadie va a ver un documental bonito en general. En la obra entra más fácil el tema, dicen “mira son cuatro chicas, se visten de rojo que lindas” y en realidad estamos hablando sobre las historias de nacimiento. A nosotras como dispositivo la obra nos ha permitido mucho más, entrar a lugares como la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Instituciones privadas y públicas.

El documental y la obra en ese sentido es como reparador para las mujeres, en la medida en que pueden tomar conciencia y decir “Ah esto que yo viví tiene un nombre; no es que yo estaba loca; soy medio débil, sino que realmente es una vulneración que yo lo haya vivido así tiene nombre, es legítimo”. También nos permitió ver que haya profesionales que puedan verse en su práctica, uno de los problemas que tiene la violencia obstétrica es que es

algo automático, entra la embarazada y empieza la cadena, una cosa, la otra y sabemos que no se trata de perverso, es gente que sabe que está haciendo mal y que le encanta hacer mal. Entró en una lógica de trabajo, una dinámica que es vulneradora. Entonces cuando ven los relatos personales de la obra o el documental piensan “Esto lo pudo haber dicho una mujer que yo asistí”; al ver las prácticas en el documental se dan cuenta y pueden ver esa práctica en marcha y entienden, lo que para nosotros es fundamental, la voz de las mujeres.

Todos los dispositivos están pensados con esa idea, lo que se tiene que legitimar lo que se tiene que escuchar son las voces de las mujeres, esa es la voz autorizada para hablar de violencia obstétrica, la voz de las mujeres que han pasado por esto.

**Francisco:** Es una experiencia, la obra de teatro logró el salto de la agrupación. Al ser Julieta publicista y venir de ese palo lo que hacíamos era muy lindo, yo por ahí sostenía desde poner el cuerpo, porque digo soy partero y soy el único que está en contacto con las embarazadas, por ahí de haberlo visto y vivido, entenderlo desde la propia realidad de adentro. Y por otro lado, Violeta al venir del sector del arte, ella es artista, actúa y escribe; en una cena de amigos pensábamos qué hacer en la Semana del Parto Respetado y Violeta se le ocurrió entrar por el lado del arte. Lo pensamos y la verdad es el mejor impacto que hemos tenido, nos hizo viajar no solamente por Argentina, sino a otros países y entendemos, que, como todas las violencias, es difícil primero verla y esta al estar tan invisibilizada, naturalizada culturalmente y socialmente es legítima, está bien que pase lo que pase en la sala de parto.

Encima en esta sociedad tan misógina y patriarcal, está bien que le pase eso a las mujeres, no dejan de ser un útero. Entrar por el arte toca otra fibra, que una típica charla que podría dar yo, después esto se sostiene teóricamente y en base al debate, a la construcción que hacemos entre todos, el disparador, en su momento el de la obra de teatro, fue tremendo y que nos pidan de otros países que no son muchos los que la tienen caracterizada como violencia de género, hablar de violencia obstétrica no son muchos los países que pueden hablar concretamente desde ahí, capaz hoy en día se empieza a escuchar cada vez más pero por ahí no está enmarcado dentro de la violencia de género como sí pasa acá. Entonces nos pidieron ir con la obra y después de la obra nos quedamos con ganas de más y decidimos hacer el documental, como la violencia obstétrica te va atravesar como mujer en algún momento de la vida.

Entendemos que estamos en un país que la maternidad les va tocar a todas, por lo menos por ahora por elección o mandato, porque todavía el no elegirla es muy difícil. El documental a su vez también puso en jaque el sistema de salud, esto no tiene que ver con buenos y malos, tiene que ver con la sociedad en cual vivimos y tenemos que entender que lo que sentimos que hacemos los y las profesionales de la salud como ayudamos a la mujer estamos violentándola. Digo perverso puede haber en todas las profesiones, pero acá hay algo que sentimos que hacemos que le estamos haciendo bien a la mujer y la mujer sale del parto agradeciéndonos, es totalmente esquizofrénico.

El último dispositivo que es el libro es porque a los dos nos gusta escribir y tenemos esa facilidad y fue un boom también llegar a otros lugares, que el libro viaje a Alemania, Brasil, gente que ni maneja el idioma y que les atravesase esta problemática y quiere entender lo que pasaron, ponerle voz, nombre. Nos parece que ese es el lugar nuestro como militantes, es nuestro tema y nos apasiona, por eso claramente Frida está atravesada por el tema y sabe cómo nació, cómo fue gestada y como vino y que seguramente no le va tener miedo a la maternidad por ahí no elige ser madre, pero por lo menos no lo va elegir desde el miedo y entendiendo que es su cuerpo, sus decisiones y ella tiene que ser autónoma y claramente tiene que tener un camino donde se vaya empoderando día tras día ella, nosotros tenemos que generar entornos lo más amigable, cálidos posibles como padres y madres.

Creemos que la construcción tiene que ser desde ahí de criar de una forma diferente, yo tuve la suerte de haber sido desde otro paradigma, digo por algo soy partero y varón con todo lo que eso conlleva, se lo agradezco a mi madre. Depende de cada uno y cada una y no solamente apoyarnos en las leyes, porque este país es muy pionero a nivel de leyes y a nosotros dos nos ha tocado representar al país varias veces, y todos nos dicen “Qué bien Argentina que tiene la ley 25.929” la mal conocida como parto respetado, que tardó 11 años en reglamentarse, no se logró reglamentarse entera y no se reglamentaron las sanciones. Y después vamos para atrás y decimos “¿Se cumplen las leyes?” y no. ¿Cuánto camino nos queda por andar?

Tenemos la ESI que es una gran ley, pero cuando la tratan de incorporar en los colegios no hablan de violencia obstétrica y estamos hablando que, por porcentaje, más del 90% de las mujeres sufre vulneración de sus derechos tanto ellas o sus hijos por nacer. Entonces una violencia que está totalmente invisibilizada y acá nombró nuestra frase de Las Casildas “visibilizar lo invisible” ¿Qué nos está pasando ahí? La ESI es una gran ley, pero después no

la tomamos y la mayoría de las mujeres sufre violencia obstétrica y la mayoría parimos y gestamos, acá en Argentina hay un nacimiento por minuto, entonces digo que es delicado.

Dentro del feminismo claramente es bueno empujar, tirar al patriarcado y empezar de vuelta de 0, bueno los nacimientos es la primera forma. Si nacemos ya en un ambiente violento, vamos a vivir en una sociedad violenta. Como dijo Michel Odent “Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer” y eso tiene una gran lógica.

- *La ley y el contexto ¿Cómo actúa la organización en base a eso? ¿Se respeta la ley en las clínicas/hospitales?*

**Francisco:** Claramente hay que tener una lectura de que estamos en una sociedad patriarcal.

Tenemos una ley, la 25.929, que se llama Derechos de padres e hijos, dos entidades que nunca van a poder parir en su vida, ni padres ni hijos. Esos detalles no son casuales, digo que no es que no haya sinónimos para poner y le ponemos esos. Que haya tardado 11 años en reglamentarse es polémico, que no se sancione y que no se pongan las sanciones es polémico.

Hoy en día se está discutiendo, en La Plata sobre todo al ser el epicentro de Buenos Aires, la adhesión de la provincia de Buenos Aires. Digo, es de 2004 y tarda 11 años en reglamentarse, la mayoría de las provincias se adhieren ¿Por qué Buenos Aires no? Ahora se está luchando para que la provincia de Buenos Aires, estamos hablando del 44% de la población no está adherida.

Los profesionales de salud tenemos que empezar diciendo perdón, perdón que no adherimos todavía y ustedes siguen pariendo ilusas pensando que tienen una ley. Es una barbaridad, el recurso que tienen es una queja administrativa, ni hablemos que la palabra queja es polémica dentro de una violencia de género. Hay algo que hablábamos con Violeta, además que los otros días tuve que dar una charla con personas referentes dentro del feminismo y hablábamos de la vulneración en pandemia, decíamos esto, este es el lugar que esperamos de la mujer en una sociedad patriarcal, esperar.

En marzo decía, la embarazada no le puede poner pausa al embarazo y después de que termine la pandemia sigo gestando, no. Los y las profesionales de la salud tienen que estar a la altura de la circunstancia, y no estuvimos. En ese momento en una reunión interna dentro de Las Casildas sacamos una hipótesis que era Parir en épocas de pandemia que sentíamos que iba a recrudecer la violencia obstétrica y si, claramente lo hizo.

Hay un 50% de nacimientos por cesáreas solamente por la razón pandemia, que no tiene nada de razón científica, que no es que vengo de cuatro cesáreas, una placenta previa, algún término que justifique una cesárea. No, el 46% de los nacimientos están inducidos solamente por la pandemia, a más del 36% se le separan esos bebés y bebés al nacer, a casi un 70% al principio de la pandemia se le cancelaron los turnos.

Ni el sistema de salud ni los que conformamos el sistema estuvimos a la altura de las circunstancias. Con esto del control del embarazo, que en el libro lo mencionamos mucho, el control sobre la mujer, el control sobre el crecimiento y sobre la gestación, le taladramos la cabeza y juzgamos a las mujeres con que se tienen que controlar y que, si no son unas malas madres, ahora con la pandemia es “No quédete en tu casa, no te controles, la ecografía no, no vengas por el estudio de sangre” ¿Qué polémico este discurso, no? Por eso también hubo algo muy ligado, un crecimiento importante y significativo sobre el parto en casa, sobre otros modelos de atención.

Esto que decía Gisela, empezamos a repensar los planes de parto porque están pariendo solas, algunas raras excepciones, pero en muchos lugares las mujeres entran solas y digo, eso no es salud. Es algo que en la facultad pongo mucho en juego, estamos haciendo costumbre no estamos haciendo ciencia, digo si uno conoce un poco la historia y como se institucionalizó el nacimiento se vendió que la creación de las instituciones era por un lugar más seguro, científico.

Hoy en día, más allá de la pandemia, sabemos que por ejemplo entre un 40% de cesáreas en un lugar público y encontramos un 70% en lo privado, cuando la OMS habla de que tiene que ser un 15%, el desvarío que hay, de episiotomías en mujeres que paren por primera vez, aunque no haya ningún libro en donde diga eso. Es algo difícil de cambiar por muchos lugares, en todas estas reuniones que se empiezan para que la Provincia de Buenos Aires se adhiera en este nuevo proyecto, es la capacitación a los profesionales o por lo menos para mí que es el lugar que más me toca porque soy profesional de salud.

Venimos de instituciones, yo por ejemplo me forme en la UBA y en relación con la de La Plata son bastantes parecidas, digo no hay tantas excepciones. Son lugares muy intervencionistas, hegemónicos donde se nos enseña así, la portación del ambo este lugar de saber, esto es una construcción.

Nosotros asistimos a los nacimientos, no hacemos nacimientos, la única que puede hacer nacimiento son las mujeres, los demás asistimos, acompañamos. Cuantas veces salen de partos los médicos, médicas y las parteras y dicen “Uh hicimos 10 partos estoy re cansado”; hablamos mal, por ejemplo, cuántas veces han salido de un examen y decimos “Uh este examen fue un parto” porque fue difícil, trabado, porque me tuve que copiar, porque seguramente alguna pregunta deje sin hacer. Eso es una connotación negativa que le ponemos al momento parto. El parto no tiene nada que ver con eso, es una connotación, hay discursos que todavía vemos en relación a la sexualidad donde está todo oculto, es muy loco todo lo que tiene que ver con la sexualidad.

Claramente el parto es uno de los momentos de la sexualidad más importante de la mujer, entonces como cuesta ver a una mujer pariendo, empoderada, con autonomía y decidiendo, en una sociedad misógina y patriarcal. Yo amo la partería, vine al mundo para ser partero, tengo una mujer pariendo tatuada en la espalda, y digo no, lo que me costó a mí al estar prohibido para el hombre. Entonces ingreso a la facultad con todo ese camino, pero después sí a mí nadie me mide y me dice “Definime qué es el patriarcado” y yo le diría que el patriarcado es una sala de parto, una mujer acostada y atada en las piernas pariendo y yo diciéndole cuándo y cómo pujar y ella mirando para el techo, en uno de los momentos más importantes de su sexualidad.

**Violeta:** Para entender, el problema de la violencia obstétrica es que no es un problema técnico ni científico por eso las leyes no alcanzan. No es un problema que sucede porque falta evidencia científica que demuestre que o porque los profesionales de la medicina son malos, sino que realmente es un problema cultural y político, está muy arraigado dentro de una cultura misógina. Por eso y en ese sentido, el trabajo tiene que ver con la cultura, tiene que ver con entender que cual es el lugar que las mujeres estamos ocupando en esta cultura, cual es el lugar que se le da al nacimiento, a la sexualidad, cual es el lugar que ocupa los profesionales de la medicina por el mero hecho de serlo, en relación a esta cuestión de impunidad del ambo que tienen y a su vez, el problema de ellas que esta tan arraigado la idea de que parirás con dolor, que parir es una tortura y que nos preparamos para eso.

Las mujeres cuando vemos entre nosotros el marco de referencia de lo que es un parto, son historias de violencia y vulneración. Cuando una le pregunta a una mujer “¿Qué es un parto?” Lo que se relata son todas las intervenciones que se nos van a realizar, lo que relatamos son situaciones de violencia y vulneración, pero contadas como son un parto. Las

mujeres desconocemos absolutamente cómo funciona el proceso fisiológico del parto, no sabemos. ¿Qué son las contracciones? ¿Por qué se dan? ¿Qué es lo que se contrae? ¿Dónde está el cuello del útero? ¿Qué es lo que se dilata? ¿La vagina se dilata? No tenemos ni idea, entonces cuando nosotras salimos de la sala de parto y lo que tengo para contar es una historia que ha sido una cadena de intervenciones, por supuesto voy a dar por hecho que estuvo bien hecho, no tengo porque discrepar con eso, básicamente porque siempre me contaron de que eso era un parto. Y con lo que tiene que ver con el maltrato verbal y físico, las mujeres estamos acostumbradas a ser tratadas muy duramente, sobre todo por figuras de autoridad de poder, estamos muy acostumbradas a que se nos diga que somos locas, exageradas, histéricas, supongamos que nos lo dicen los hombres que se supone que nos aman.

Nuestros padres, hermanos, compañeros de vida y que nos lo diga un médico la verdad que no hay diferencia. Y con respecto a la autonomía de nuestros cuerpos, desde chiquita nos han dicho que no es nuestro y a eso lo sabemos, al cuerpo le pertenece a otro, esta para seducirlo, consumirlo, no es nuestro, todo el mundo puede opinar de nuestro cuerpo, disponen de nuestro cuerpo para todo. Entonces no discrepa que esto suceda, que no tengamos autonomía sobre nuestro cuerpo y tampoco nos discrepa que no se nos de información, desde chica nos han dicho que el patrimonio de la razón le pertenece a los varones, los que saben pensar, saben hacer grandes análisis, son racionales, tienen una línea de pensamiento, son lógicos, confiables en su manera de pensar son los varones, nosotras no, somos hormonales, emocionales, superficiales, no sabemos tomar informaciones o decisiones.

De hecho, muchas parejas que empiezan relatando, sobre todo el varón que dice “Nosotros si tuvimos un parto respetado, nos informaron todo” te das cuenta de que, a medida que vas desmenuzando el relato, la información se la dieron a él, al varón lo sentaron y le dijeron “Bueno ahora vamos hacer esto y lo otro” y a la mujer nunca se le informó, nunca se le preguntó nada a ella, la información se la dieron a él y el autorizo. Más allá de que no le den completamente la información, sino que le dicen “mira voy a cortar acá porque sino el bebe no sale” ni siquiera para decirnos eso. Al ser ese el marco en el que hemos crecido en nuestra vida, por eso es importante entender la violencia obstétrica dentro de la violencia machista, está encadenada con las otras.

Yo no llego a la sala de parto de la nada, llego en contexto de una sociedad machista que me ha preparado para llegar, atravesar una tortura y salir feliz diciendo gracias, me salvaron, yo que no me porte bien. Entonces por eso no nos discrepa y durante mucho tiempo pensamos que todo eso está bien, lo sostuve yo durante el nacimiento de mi primera hija y eso decimos la gran mayoría, incluso ahora con tanta información sobre violencia obstétrica. La mejor manera de que una mujer identifique la violencia que ha vivido es que cuente el relato como si fuera el de otro, porque cuando yo lo veo en mí no lo veo.

- *¿Cómo vieron todas estas estrategias en la pandemia? ¿Cómo pudieron resignificar? ¿Cómo las reorientaron?*

**Violeta:** En este momento estamos recontra parados y eso es un problema. Como agrupación ahora estamos funcionando con todo lo que podamos hacer virtualmente, la película se liberó y ahora se puede ver en el INCAA, no tiene el debate posterior, pero se puede ver que está funcionando, con la obra tratamos de hacer una lectura y funciona. Pero bueno es difícil porque se corta, a una de las actrices se le cae la red, ese tipo de cosas que son complejas.

Lo que estamos tratando de hacer es generar como espacios virtuales, por un lado, está funcionando el relevamiento, que por supuesto lo cerraremos cuando esto termine esta situación, la idea es analizar e incluso analizar en el tiempo. Por ejemplo, al principio el primer impacto fue la cancelación de turnos, ahora como que el sistema le encontró la vuelta y ya no está cancelando turnos, pero durante el primer mes el drama era no tener turnos. Ahora el drama tiene que ver con el pago extra, ahora a las mujeres se nos está exigiendo el pago de cualquier cosa, por el acompañante, el hisopado, cosas que no bajan del ministerio.

No es que el ministerio estudió y dijo “Bueno a partir de ahora todas las embarazadas deberán entrar con hisopado” sino que encontraron la vuelta comercial a esto, pero en sí todo esto se está expresando de cierta manera. Además, tenemos una comisión donde nos reunimos una vez al mes de manera virtual, donde tratamos de también buscar una vuelta, se nos ocurrió la idea de solo contestar preguntas en Instagram, pero lo cierto es que como agrupación contestamos preguntas las 24hs. En Instagram somos varias las que estamos dentro y contestando, ya que el flujo de preguntas es mucho y es lo que veníamos haciendo, entonces ahora empezamos la idea de un Google Meet con horarios para poder presentar y responder, también tenemos un grupo de apoyo de violencia obstétrica que se hace una vez al mes y de manera virtual.

Esos son los espacios que están funcionando, más allá de que también estamos viendo como nos rearmamos para seguir con la presencia en territorio. Algo que se canceló fueron los cursos de parto, que la verdad encima una como mujer no se pierde nada, de los hegemónicos no nos perdemos nada. Sencillamente es una lista de cómo comportarte bien, de hecho, la ley de la Provincia de Buenos Aires en relación a los cursos de psicoprofilaxis dice textualmente que la función de estos cursos es lograr un comportamiento sosegado y disciplinado en la mujer, habla de lograr que la mujer tenga un comportamiento adecuado en su maternidad. ¿Qué sería una madre adecuada?, más allá de todo esto para las mujeres son importantes entonces estamos tratando de generar un espacio similar a eso, pero desde nuestro enfoque, con una perspectiva feminista y un enfoque de derechos.

- *¿De qué año es la ley que rige en Buenos Aires?*

Es la ley 13.509, promulgada en 2006, en términos de tiempo es una ley nueva. No te puedes creer lo que dice, además no podemos decir “bueno fue en los 90”.

- *¿Trabajaron en relación a la Universidad de Medicina y la Facultad de Obstetricia?  
¿Trabajaron en conjunto? ¿Llegaron a trabajar con la Dirección de Género?*

**Francisco:** Yo en la Facultad de Medicina estoy, por ejemplo, hicimos la presentación del libro en la Facultad de La Plata y también llevamos la película. El año pasado si lo que hicimos fue un seminario, pero con la Facultad de Trabajo Social, que esto también es un dato no menor. A veces cultura, desarrollo social, toman mejor estos temas que salud, no es casual que estén ustedes haciendo una tesis sobre estos temas y que por ahí el cuarto año de medicina/obstetricia no quieran tocar estos temas, capaz hoy cada vez más lo tocan y yo al verlo como docente, pero en mis generaciones esto era impensado, solamente por hablar de estos temas hay parteras que me dicen que me tiro en contra de la partería, hay mucho mandato todavía.

Siempre nos basamos en algo a la hora de hablar, el libro, por ejemplo, hay un fundamento, un sostén claro, la OMS habla de un 15% de cesáreas, como es que llegamos a un 40% 50% en lo público y a un 70% 90% en lo privado ¿No estamos haciendo mal las cosas? No es que me tiro en contra, invita a la reflexión esas estadísticas, porque acostamos a las mujeres, porque hacemos episiotomías, porque las inducimos; por algo en salud están creciendo dos imágenes, unas son las puericultoras y otras son las doulas. Dos imágenes por fuera del sistema de salud y que les sirve a las mujeres, las acompañan, les dan información,

conectan desde lo vincular, lo amoroso y claramente el sistema no te mira a los ojos, te llena de órdenes.

- *¿En base a que sacan las estadísticas? ¿Van a un determinado lugar? ¿Qué sistema usan?*

**Violeta:** Los datos del OVO hacemos relevamientos, siempre hacemos dos tipos; online y salir a encuestar. El primer se armó la red de OVO y se llegaron a 4939 nacimientos, son formularios para autocompletar, se auto administran para hacerlos mucho más fácil.

El segundo relevamiento, al llevar el título de violencia obstétrica ya sabíamos que iba a bajar el índice de respuesta por esto de que las mujeres no terminamos de asumirnos, se subió a internet y luego encuestábamos a nivel territorial en alianzas con organizaciones que están en territorio. Y esta última está solo en Internet, pues no podemos salir a encuestar por la pandemia, son relevamientos públicos.

La primera sobre atención al parto y la cesárea, entonces es más índices de intervenciones, maltrato verbal y físico, lo que tiene que ver con la caracterización de esa violencia, luego las secuelas, heridas de ese sistema y por último esto de parir en pandemia. A esto lo hizo las organizaciones Dando a luz y Maternidad libertaria, este test funciona muy bien a nivel diagnostico y quitando el nombre violencia obstétrica, entonces si respondiste ciertas preguntas es porque sufriste violencia.

**Francisco:** No es tan fácil acompañar la violencia, las mujeres tienen su tiempo y su etapa para reconocerla a esa acción violenta como tal. Son caminos que llevaran su tiempo a la gente, es violento desde afuera decir que alguien sufrió violencia, son temáticas que sobre todo las agrupaciones que trabajamos sobre esto es complicado abordarlas.

- *¿Qué pueden decir sobre el plan estratégico?*

**Francisco:** Las reuniones regionales que mencione anteriormente tenían que ver con el Proyecto del Plan Estratégico, se van a visitar todas las regiones por Zoom, por ahora, para poder hablar y ver la realidad propia de cada región.

Lo interesante de hacer por región es que estén los propios/as de cada región, no da lo mismo que una agrupación que labura en La Plata no tiene que ver la situación problemática igual que la que trabaja en General Villegas, que por ahí no tiene Hospital. Capital Federal no

tiene la misma problemática que la Provincia de Buenos Aires, de La Plata a Saladillo te cambia la historia. Cada localidad y cada pueblo tiene su particularidad, entonces esta bueno poder laburar con gente de hospital, organizaciones feministas, doulas, puericultoras, parteras, gente que le pueda poner voz a la problemática y a la gente de esa zona.

**Violeta:** Hay una cosa interesante, una de las cosas que más se nombra cuando se habla sobre parto respetado son justamente las declaración de fortalezas de la OMS de 1975, todo el mundo toma la frase de que “El parto no es una patología, no es una enfermedad” dentro de esa declaración hay uno de los puntos más interesantes y que, por supuesto no se toma, básicamente dice que si las mujeres no somos convocadas a estos lugares de revisión de las practicas, a estos lugares donde sucede, de alguna manera no son válidas, la voz autorizada somos nosotras, no basta con que se reúnan los profesionales y legisladoras para ver cómo mejorar la experiencia, la voz autorizada somos nosotras y tenemos que estar en esos espacios de decisión.