



Universidad
Nacional
de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA”
(Aproximaciones posibles desde el campo psi)**

**Modalidad: ensayo
Autora: Fernandez Silvana
Legajo: F-0879/6
Docente Responsable: Ana Laura Gerez**

Año: 2022

Resumen

En el presente ensayo se aborda a la violencia obstétrica entendida como una forma de violencia de género y violación a los derechos humanos, ejercida hace décadas sobre las mujeres en nuestro país, violencia que se constituye como una de las formas más silenciadas, invisibilizadas y naturalizadas a través del paternalismo y monopolio médico durante los procesos de embarazo, parto, y puerperio reflejando así una ideología patriarcal que intenta una y otra vez apropiarse del cuerpo de las mujeres e impactando en la salud mental de las mismas.

Se procura profundizar en sus modos de expresión, cuál es su forma de actuar dentro de un sistema de salud anclado en el modelo médico hegemónico, rastreando su funcionamiento como mecanismo disciplinario que produce desde Foucault "cuerpos dóciles" pudiendo así realizar un acercamiento al posible trabajo de lxs psicólogxs. Será sin dudas una invitación a reflexionar sobre principales aportes que lxs psicólogxs en tanto profesionales de la salud puedan brindar a esta problemática.

Palabras clave: Violencia obstétrica – violencia de género-rol del psicólogx-Ideología patriarcal

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
Sobre la violencia hacia las mujeres	4
La violencia obstétrica y su relación con los derechos humanos	6
Nuestro cuerpo, territorio ajeno	7
Todo parto es político. Sistema médico hegemónico y hegemonía patriarcal	9
Muerte perinatal y además violencia obstétrica	11
Aportes desde el campo psi	13
Consideraciones finales	15
Bibliografía	17

"Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer"
Michel Odent

Introducción

De todas las violencias de género, la violencia obstétrica puede ser una de las más invisibles. En la Argentina, existen diversas organizaciones que interpelan al Estado por la aplicación de la Ley Nacional 25.9292 (conocida como ley de parto respetado), promulgada en 2004 y reglamentada en el año 2015. Dicha normativa, fue impulsada por el Poder Ejecutivo y tuvo un papel importante en su sanción la ONG Dando a Luz y el apoyo de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN).

Será importante entonces poder comprender el impacto físico y psíquico fundamentalmente que conlleva la violencia obstétrica, puntualizar qué relación existe entre el paradigma médico hegemónico y las prácticas médicas que atraviesan los procesos de embarazo y parto de las mujeres gestantes, entendiendo que tales prácticas se sostienen sobre una asimetría de poder entre médico y paciente, en el cual el parto sería un evento patológico inmerso en una catarata de intervenciones y prácticas médicas. Para Foucault los saberes subyugados son un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados. Saberes ingenuos, localizados en la base de la jerarquía del saber. Son los saberes de la persona enferma, del paciente psiquiátrico (Foucault, 1980, 82). Nos preguntamos sobre el lugar que ocupa entonces el saber que las mujeres gestantes tienen de sus propios cuerpos frente a un saber que portan los profesionales médicos.

Para ilustrar el rigor que esta temática adquiere resulta interesante entender como la socióloga venezolana Esther Pineda (2020) entiende al femicidio en tanto el asesinato de una mujer por el hecho de ser mujer, es decir, por sexismo o misoginia en el contexto de la desigualdad por razones de género, relaciones de poder, proximidad o dependencia, siendo un tipo de crimen que no tiene una sola destinataria ni una sola víctima, por el contrario, son crímenes expansivos; esto quiere decir que, por un lado, intentan amedrentar a la totalidad de las mujeres sobre lo que puede pasarles si transgreden el orden patriarcal, pero que también alcanzan a las hijas, hermanas, amigas y madres de las mujeres directamente victimizadas. La autora considera que es posible considerar como femicidio indirecto la muerte de una mujer como consecuencia de las acciones u omisiones del Estado, instituciones o personas, debido al menosprecio de su condición de mujer y a las concepciones, tradiciones y formas organizativas de una sociedad desigual; entre las que se pueden mencionar las muertes maternas atribuibles a partos en condiciones higiénicas inaceptables, la falta de asistencia médica o la violencia obstétrica.

La premisa del presente ensayo pretende visibilizar este entramado en el cual la ideología patriarcal avasalla a las mujeres donde la violencia obstétrica opera como mecanismo de control.

Indagar el rol de lxs psicólogxs¹ será el eje principal, desde una perspectiva de género, como enfoque interpretativo, científico y filosófico que nos permita problematizar estas prácticas violentas con el fin de preguntarnos sobre posibles aportes desde el campo psi.

¹ "Utilizo la letra 'x' (lxs) para hacer referencia a un amplio universo de expresiones de género que rebasa la bi-categorización reduccionista de 'hombres' y 'mujeres'. Tanto el @ (l@s) como el uso de las terminaciones en a u o (las/los) pueden servir para hacer referencia a los 'sexos' que componen el binario de género, pero no contemplan las expresiones transexuales, transgéneros, intersex, travestis u otras ya existentes o por existir" (Fabbri, 2013:44).

“Me habían engañado con el contenido del gotero y sufrí una hipertensión provocada por la oxitocina sintética” (Carla, 32 años)

Sobre la Violencia hacia las mujeres

La violencia contra las mujeres es constante y latente en los diversos territorios, clases sociales, niveles culturales y creencias religiosas. Siguiendo a María Luisa Femenías (2009) incluye el maltrato físico explícito (violaciones, golpes, incluso la muerte), el verbal explícito (insultos, gritos, amenazas), psicológico (amedrentamiento, desconfirmación, descalificación, minusvaloración) (párr. 7). En general, hay inequidad, discriminación y/o segregación de género. Una violencia que expresa, como lo señala Rita Segato (2006):

Una necesidad de expropiación del espacio-cuerpo, de someter física pero especialmente moral psíquicamente a otro, reconociendo su existencia como viable sólo dentro del proyecto de aquél” dejando tras de sí un sinnúmero de cuerpos traumatizados, denigrados, quebrados, destinados a constituirse en un ejemplo, en un objeto de disciplinamiento, “cuerpos ejemplificadores”, esto es, cuerpos disciplinados violentamente” y tras los cuales el guión de un mensaje claro, público y a la vez cifrado, inscrito en el cuerpo. (p.52)

Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física, uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto, como psicológica infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones. La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema y su erradicación. Arguedas Ramírez (2014) lo expresa del siguiente modo: la violencia obstétrica es aquel “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto” (p.3). En efecto, las “definiciones académicas” suman, a la cuestión de la violencia de género que enmarca la violencia obstétrica, la violencia institucional en salud, y explican, como Magnone Aleman(2011) que ambas violencias “son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente” (p.3).

La Violencia obstétrica en Argentina está incluida en las leyes contra la violencia de género, pues se contempla como una apropiación indebida del cuerpo femenino y de sus procesos reproductivos, en tanto que trato deshumanizador, exceso de medicalización y patologización, pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión por parte de las mujeres, dejando en muchas de ellas heridas físicas y subjetivas. Así apreciamos la existencia de un marco legal que protege a las personas gestantes contra este tipo de violencia. Cabe destacar que estas leyes son de cumplimiento obligatorio en todas las provincias del país y en todas las instituciones de salud, sean de gestión pública o privada. Existen tres leyes que resultan fundamental señalar:

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

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

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

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

- 4 de 10 sintieron que ellas o sus bebés corrían peligro
- 4 de 10 no se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos al momento del parto.
- 3 de 10 vieron negada la posibilidad de estar acompañadas al momento del parto.
- 7 de 10 no pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto.
- 7 de 10 sufrieron la rotura artificial de la bolsa.
- 8 de 10 tuvieron episiotomías de rutina.
- 7 de 10 no supieron que prácticas le realizaron a su hijo/a, ni brindaron consentimiento para ello.
- 5 de 10 tuvieron partos inducidos.
- 4 de 10 dijeron no haber recibido asesoramiento para amamantar.
- 4 de 10 no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su bebé.

“Las Casildas es una agrupación conformada por personas que desde distintas áreas generamos dispositivos y aportes con el objetivo de difundir información en torno a la gestación, parto, nacimiento y crianza de niños y niñas como así también cuestiones de género” (Julieta Saulo,2020,pag 3).

«El patriarcado es muy poderoso, pero estamos en vías de hacerlo tambalear. Hay que tener conciencia de quién es el enemigo y para eso aún falta cambiar las cabezas de muchos profesionales –médicos, psicólogos abogados, jueces, periodistas-. En realidad, el enemigo viene desde el mismo momento en que para parir pedimos ayuda a un médico para que nos saque al chico. Y allí, donde deberíamos ser las señoras reinas, nos someten a sus órdenes”. (Giberti, 2017)

La violencia obstétrica y su relación con los derechos humanos

La violencia obstétrica constituye una violación a los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención de embarazo, parto y puerperio que ha cobrado importancia en la agenda pública y social en las últimas décadas.

Uno de los aspectos más aberrantes de la última dictadura militar en Argentina fue la apropiación de bebés de las mujeres desaparecidas que fueron mantenidas con vida en los centros clandestinos de detención hasta el parto y luego asesinadas. Los cuerpos avasallados de tantas mujeres que padecieron la dictadura cívico-militar que se inició el 24 de marzo de 1976 dejó huellas dolorosas en aquellas personas que vivenciaron una de las décadas más políticamente comprometidas de Argentina. Violaciones, separaciones obligadas por el exilio, desapariciones y muertes fueron patrones del Terrorismo de Estado con los que fueron forzadas a convivir, de las cuales más del 30% de las víctimas fueron mujeres, de acuerdo a los datos recabados por la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP).

Abusos sexuales, violaciones, agresiones verbales, amenazas, desnudez forzada, embarazos no deseados, abortos a causa de la tortura, partos clandestinos, separación y apropiación de sus hijos y esclavitud sexual fueron algunas de las formas particulares que adquirieron estas violencias. Muchas personas denunciaron, incluso durante la dictadura, frente a tribunales militares, otras en organismos de Derechos Humanos, y otras lograron hacerlo en el Juicio a las Juntas con el retorno de la democracia.

Desde que tiene memoria, a Teresa Laborde le duele la espalda. A los 20 años una osteópata le explicó que tenía la columna torcida. Ahí entendió que la causa de sus dolores tenían que ver con su nacimiento: su mamá, Adriana Calvo, parió en el asiento trasero de un Falcon verde mientras los militares la trasladaban a un centro clandestino de detención. Esa historia -que es una de las escenas centrales de la película Argentina, 1985- fue la que permitió, durante el Juicio a las Juntas, convencer a sectores de la clase media de los crímenes atroces de la dictadura (Goldman, 2022, p.2).

Adriana Calvo, fue secuestrada cuando cursaba el sexto mes de embarazo, el 4 de febrero de 1977. Tres meses después, el 15 de abril, ella nació en el asiento trasero de un Falcon verde. Su madre pujaba —maniatada y vendada— mientras era trasladada a un centro clandestino de detención, el Pozo de Banfield. La osteópata escucha consternada, impactada, shockeada. Teresa no se detiene. Está acostumbrada a ver esa cara de conmoción cada vez que cuenta su historia. No se imagina que 24 años después una sociedad entera contemplará consternada, impactada, shockeada, la historia de su nacimiento en una de las escenas centrales de la película más taquillera de 2022, Argentina, 1985. El film narra el Juicio a las Juntas del que su mamá fue una testigo fundamental.

Resulta interesante poder remitirnos a esta escena impactante y dolorosa que ilustra una parte importante de como en Argentina se han vulnerado tantas vidas humanas. Estos tremendos acontecimientos de la historia argentina constituyen un punto de inflexión que permitió revalorizar el ejercicio de la democracia y el respeto a los derechos humanos. Pensar la violencia obstétrica como violencia hacia las mujeres y vulneración absoluta a sus derechos nos invita sin dudas a la construcción de la memoria colectiva solicitando espacios de escucha necesarios para quienes tienen “algo que decir”

*“Me di cuenta de que no tenían ni idea de lo que estaban haciendo. Me pincharon en plena contracción. Aún no sé cómo pude contener los temblores que me sacudían”
(María, 28 años)*

Nuestro cuerpo, territorio ajeno. Sobre las Prácticas médicas y modos de expresión

Nancy Ehrenreich (1993) realiza un análisis sobre como las categorías raza, clase y género se articulan dentro de los mecanismos de opresión patriarcal que se manifiestan en torno a la reproducción. Esta autora, siguiendo a Foucault, explica que el ejercicio de los poderes médico y jurídico, dentro del ámbito de atención a la salud reproductiva, se ejerce no solo sobre los cuerpos de las mujeres, sino a través de ellos. La medicalización del embarazo y el parto constituyen, por lo tanto, el eje medular de la colonización del útero como lo ha acuñado Ehrenreich y del cuerpo de las mujeres. A su vez este cuerpo, recibe el mandato de ser para otros. En el caso de la concepción, embarazo y crianza, está para dar vida y nutrir a otros/as y en torno al erotismo para dar placer (Lagarde, 2003). Esta idea refuerza la enajenación, donde los cuerpos de las mujeres son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica y real para su control.

Por su parte Michel Foucault (1976) plantea la relación existente entre el poder y el discurso del poder sobre la regulación del sexo, como un proyecto circular que remite el uno al otro. Y se pregunta: ¿cómo puede el poder incidir en esta área de no ser mediante el bloqueo y la prohibición? El mecanismo a través del cual se busca la regulación de la sexualidad es el miedo, con el ejercicio de distintas formas de violencia.

Analizar el impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica obstétrica, y la atención médica en general, se convierte entonces, en un aspecto crucial para comprender las razones que se esconden tras el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica. Según la psicóloga rosarina Andrea Caminotti(2020) existen tantas prácticas naturalizadas al momento de que una persona gestante vaya a parir, evidenciando violencia aplicada desde la gestación, en el parto, en el posparto, en una estadía en neonatología, una situación de muerte perinatal e incluso en la interrupción voluntaria del embarazo. Es así como la medicina posee lo que Brigitte Jordan (1997) define como “conocimiento autorizado”, lo que además le confiere el poder de regular la vida de los seres humanos desde el momento del nacimiento. La disciplina médica, tal como advirtió Foucault (1975), define qué cuerpos están necesitados de cuidados médicos y qué situaciones y personas pueden considerarse normales. Desde esa posición, la obstetricia occidental durante el siglo XX ha divulgado la idea de que el parto es en todos los casos un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional.

A continuación se intentará desarrollar brevemente aquellas intervenciones y prácticas médicas que dan cuenta de la sobre intervención y patologización del parto, prácticas en las cuales las mujeres se encuentran sometidas, transformándose en formas incuestionables del saber medico dominante. Se encuentran entre ellas la realización de episiotomías (llamada también mutilación femenina), que es una incisión del perineo, la supuesta justificación de su realización es para facilitar al personal de salud la sutura de una incisión recta, en comparación con una irregular que se produciría si no se realizara este procedimiento, que disminuye el dolor post operatorio y existe una mejor cicatrización. Todas estas justificaciones están infundadas (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse y Spong, 2011). La realización de esta práctica tan polémica no es un detalle menor ya que probablemente incrementa el dolor al tener que hacer más fuerza sobre la piel para cortar o incluso repetir el corte y también incrementa la violencia en una práctica que de por sí es señalada como violenta por diversos autores/as (Fornes, 2009; Gainza, Labastie y Magnone Alemán, 2013)

La maniobra Kristeller consiste en empujar con fuerza la parte superior del abdomen de la mujer con el fin de acelerar la expulsión del bebé. No reporta ningún beneficio para la madre y nunca debería realizarse (El parto es nuestro, 2011). Otra práctica usual y dolorosa es la revisión uterina, el famoso “tacto” que consiste en la introducción de la mano del personal de salud cubierta con gasas, en el interior del útero de la mujer. Se dice que es para evitar que se queden restos placentarios que pudieran causar una infección.

La colocación de vías intravenosas, aplicación de oxitócicos y medicamentos usados para acelerar artificialmente el proceso de parto al incrementar la frecuencia y fuerza de las contracciones uterinas.

Imposición de la posición de litotomía, es decir la mujer acostada de espaldas sobre la cama, con las piernas levantadas colocadas sobre dos dispositivos conocidos como estribos, para dejar expuesta la zona perineal para el parto, atando las piernas de las mujeres a las camas, y obligación de estar acostadas durante todo el proceso previo al nacimiento y por supuesto la realización de cesáreas innecesarias y programadas que abundan.

Se puede apreciar claramente que al proceso de medicalización de los nacimientos se le suma la conversión de la persona en “paciente”, es decir en un cuerpo medicado e intervenido, apartado de los vínculos que lo sostienen, un cuerpo dócil. Todo este abanico de prácticas médicas con aparente justificación clínica y científica responden a un quehacer profesional que vulnera derechos humanos de las mujeres gestantes transformando el cuerpo de las mismas en territorio ajeno.

“Me sentí como un mueble, como un trozo de carne sobre el que cortar sin ninguna preocupación” (Silvina 31 años)

Todo parto es político: Sistema Médico Hegemónico y Hegemonía Patriarcal

A partir del siglo XVIII, el parto pasó de ser concebido como un proceso fisiológico normal, en hogares, a ser encuadrado como un procedimiento de riesgo que requiere seguimientos y controles médicos en instituciones, el modelo médico hegemónico, de acuerdo a Menéndez (1998), es un conjunto de prácticas, saberes y teorías desarrolladas por la medicina científica que se establecen como única forma de atender la enfermedad y todos los procesos relacionados con la salud. Este presenta como características centrales: el biologismo, la a-historicidad, el individualismo, la asimetría, el autoritarismo y la participación pasiva a la vez subordinada de lxs pacientes, entre otras. El sistema de salud está organizado de manera jerárquica, lo que refuerza la distinción entre la posición del/la médico/a y de la mujer embarazada, pues dentro de ese sistema, el/la médico ocupa la posición de mayor jerarquía, mientras que las mujeres ocupan el último eslabón. Siguiendo al ensayista vienés Ivan Illich (1975) “Durante las últimas generaciones el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se ha expandido sin freno y ha coartado nuestra libertad con respecto a nuestro propio cuerpo. La sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse, y qué cosa se hará a estas personas “El término medicalización de la vida, propuesto por Iván Illich, se refiere al proceso de invasión del cuerpo y de la vida cotidiana, a través de las técnicas médicas, de los productos farmacéuticos, etcétera, los cuales no tienen como objetivo proteger la salud o el bienestar, sino la reproducción de un sujeto dependiente de la institución de salud (Illich, 1976). Al hablar de la medicalización del embarazo y el parto, se señala el excesivo uso de intervenciones médico-tecnológicas en un proceso que no es patológico en sí mismo (Barker, 1998), (Zwelling, 2008).

En tal sentido, sostiene Schwartz (2010) que “la intervención del modelo médico hegemónico se sostiene sobre una asimetría de poder entre el médico y el paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas” (pág. 101).

Cuando el médico es varón y la paciente mujer esta asimetría de poder se yuxtapone a otras arraigadas en el imaginario y prácticas que la sociedad poseen, donde la mujer es ubicada en una posición subordinada. Ahora bien, afirman Luis Díaz y Yasna Fernández (2018) que los sujetos activos de la violencia obstétrica son los profesionales del ámbito sanitario: médicos, enfermeros, otros profesionales de la salud y los estudiantes de esas carreras, en el contexto de la atención profesional en el ámbito reproductivo y especialmente en situaciones de embarazo, parto y postparto. Empero, aunque las razones de este fenómeno son diversas, consideran que se encuentra significativamente influenciada por la situación de saber-poder en que se encuentran los profesionales de la salud y frente a los cuales la mujer percibe que se debe limitar a obedecer; mientras que para Daniela Rey (2017), esta puede explicarse como consecuencia de que la ginecología y la obstetricia continúan siendo disciplinas dominada por hombres, es decir, “los profesionales son normalmente masculinos a día de hoy, y eso lleva un trato sexista hacia la mujer” (Rey 2017, sp.). Cuando la mujer llega al hospital su cuerpo se transforma en un cuerpo enfermo que necesita atención, se transforma en paciente, lo que implica entregarse de manera subordinada al saber y poder de lxs médicxs.

Aquí el saber de las mujeres es descalificado por la institucionalidad médica, considerándolo ingenuo y acientífico, “No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica” (Arguedas, 2014 p. 155), y a su vez está doblemente descalificado en razón del lugar social que ocupan las mujeres en la dominante estructura social de género donde se privilegia lo masculino sobre lo femenino, descalificando los saberes y conocimientos de las mismas. Respecto a esto, Ina May Gaskin manifiesta que “somos la única especie que tiene la habilidad de hacer temer a las mujeres sobre su capacidad de parir”, en relación al impacto que tiene la asistencia profesional en la experiencia del parto y nacimiento. A lo cual podemos sumar una acertada observación de Michel Odent (2001) cuando manifiesta que “un parto no necesita asistencia, no requiere apoyo y tampoco acompañamiento. Un parto necesita protección. Las necesidades de la mujer en parto son todas de sentido común: seguridad, silencio y calidez” (pag.67), direccionando la mirada hacia un tipo de asistencia profesional basada en un nuevo paradigma de atención en embarazo, parto y nacimiento.

"Nos mandaron a esperar al obstetra a la maternidad, en el quinto piso. Nos dejaron solos esperándolo en una sala llena de mujeres con panzas enormes, familiares que llegaban con regalos y flores, abuelos felices. Se oían los llantos de los recién nacidos"(Johana 32 años)

Muerte perinatal y además, violencia obstétrica

Lo cierto es que el sistema de salud no se encuentra preparado en ningún aspecto a contener situaciones tan particulares como es la muerte perinatal, generando un tremendo vacío emocional en las mujeres gestantes y sus compañerxs. La Clasificación Internacional de Enfermedades que publica la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja diferenciar las definiciones de muerte fetal —cuando el bebé muere tras 28 semanas de embarazo, pero antes o durante el parto— y nacido vivo. Y establece que el período perinatal se inicia en la semana 22 de gestación y termina cuando se completan siete días luego del nacimiento. A su vez, la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación habla de mortalidad neonatal precoz si la muerte ocurre entre los cero y los seis días de vida y de mortalidad neonatal tardía entre siete y 27 días de vida. Se registran datos de 2018 registran que en la Argentina la tasa de mortalidad perinatal es de 11,3 por cada 1.000 nacidos vivos. Es decir, son muchísimas las mujeres gestantes y familias que todos los días en nuestro país duelan bebés deseados, buscados, planificados, pero ningún protocolo ni ley que garantice atención y contención.

La psicóloga Fernanda Merquez (2021) considera que la muerte perinatal es el duelo silenciado, desautorizado porque existe un gran estigma y resistencia a referir sobre ello. La misma sostiene que son duelos que no son socialmente reconocidos. Y para los equipos de salud es la escena más temida. Nadie está esperando la muerte allí cuando se da la bienvenida a la vida. Nadie quiere encontrarse con el parto temido de un bebé sin vida. Estamos formados académicamente a ejercer el saber de curar y cuidar la salud de las personas; subjetivamente, no se espera el encuentro con la muerte. Incluso, durante el proceso de gestación, cuando las mujeres gestantes manifiestan temor al parto, a su salud o la de su bebé, esta escena no tiene lugar en las consultas de control. Ante ello los profesionales intervinientes son los que afrontan este momento, no sólo proveyendo los cuidados pertinentes sino también dando las malas noticias asociadas al diagnóstico, para ello resultaría importante saber cómo comunicar, saber que decir, como decir como también saber que no hacer ni decir para no causar más daño emotivo y psicológico que la situación misma lo destina. Hablar de muerte nunca es fácil y menos cuando incluye a un bebé, pero especialistas coinciden en que tiene que dejar de ser tabú porque es más frecuente de lo que se espera y sucede.

Esther Vivas, socióloga y autora del libro "Mamá desobediente" explica que la pérdida gestacional es uno de los más grandes tabúes que rodea a la maternidad porque implica a la muerte cuando se espera vida, quienes pierden a sus bebés antes de nacer tienen derecho a verlo, tenerlo en brazos, despedirse a solas. Pero en la mayoría de los casos en Argentina estos derechos no se cumplen. Las desigualdades que se viven en sociedad, lejos de ser una vivencia o caso aislado, representa un eslabón más de una cadena sistematizada de prácticas instaladas y amparadas por una cultura patriarcal.

Existe en nuestro país la reciente propuesta de Ley llamada "Johana", este proyecto de ley fue denominado así debido al caso de Johana Piferrer quien fue la impulsora de la iniciativa y víctima de violencia obstétrica. Según la iniciativa, se propone:

Dotar a los profesionales de la salud, que intervienen al momento del parto, de procedimientos de actuación estandarizados que faciliten la atención sanitaria de aquellas mujeres gestantes y familias que sufren una muerte perinatal. Las mujeres y personas gestantes tendrán derecho a recibir información suficiente y adecuada; un trato respetuoso, individual y personalizado; tomar contacto con el cuerpo sin vida, teniendo la opción de hacerlo acompañadas por un psicólogo. Podrán tomar conocimiento fehaciente de las causas que originaron el deceso; recibir información sobre lactancia, métodos de inhibición y/o donación de ésta.

El proyecto se presentó por primera vez en 2017 de la mano de la dirigente Magdalena Sierra, por ese entonces representante del Frente Para la Victoria, pero no fue incluido en la agenda y perdió estado parlamentario. Así también paso en 2021 cuando se presentó nuevamente pero no llegó al recinto para su tratamiento y volvió a perder estado parlamentario. Finalmente en Noviembre de 2022 se aprueba el proyecto de ley en Cámara de Diputados. Fein, diputada socialista, describió que este dictamen plantea “hacer visible lo invisible, lo doloroso, tratando de aportar una serie de acciones que asuman los profesionales de la salud, y que el Estado lleve a cabo prácticas humanizadas para acompañar y permitir la despedida de un hijo tan deseado en un espacio que las personas estén solas. Confiere un derecho fundamental a la mujeres gestantes que es tomar contacto con el cuerpo de su bebé sin vida, designar un acompañante todo el tiempo, solicitar la opción de estudios que den alguna respuesta de esta situación dolorosa y traumática”.

Ante este escenario sería fundamental destacar la importancia de la figura de lxs psicólogxs, quienes serían aquellxs profesionales capaces de contener situaciones de angustia, frustración, inseguridad, estrés, dolor, en el armado de estrategias interdisciplinarias para la aplicación en situaciones de duelo.

“Sentí que el derecho a parir a mi propia hija me había sido usurpado de una forma brutal, fría y calculada por personas cuya única finalidad era acabar cuanto antes conmigo y con ella”. (Ana, 38 años)

Aportes desde el campo psi

Pensar el rol de lxs psicólogxs se torna fundamental para visibilizar este entramado de poderes y saberes sustractores de subjetividad en los procesos vinculados al gestar y parir que atraviesan gran parte de las mujeres gestantes tanto en efectores públicos como privados. ¿Acaso visibilizar estos actos violentos pueda llevar a desarticular algún día la violencia obstétrica? quizás, ojalá. Como futurxs profesionales de la salud promover la importancia de la salud mental perinatal adoptando la perspectiva de género es relevante y este punto crucial: la mirada a través de la perspectiva de género. La perspectiva de género es una toma de posición política frente a la opresión de género: es una denuncia de sus daños y su destrucción y es, a la vez, un conjunto de acciones y alternativas para erradicarlas, como una herramienta teórico- práctica adecuada y eficaz para llevar adelante intervenciones de promoción de la salud en el campo de la salud. (Marcela Lagarde 2004 p.33)

Adoptar una mirada de género es un comienzo y como bien Débora Tajer (2022) precisa es poder escuchar, alojar y elucidar, cómo operan los dispositivos socio históricos de poder entre hombres, mujeres y que se hace extensivo a niñxs y disidencias. La autora considera oportuno repensar La Ley Nacional de Salud Mental incluyendo la perspectiva de género, que es la que, a su vez, le dará las herramientas para poder abordar la salud mental de las infancias desde otra manera. Resulta primordial generar espacios dentro de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas que permitan la apertura de la palabra, escuchar y acompañar a las mujeres, siempre en función de su situación, sus necesidades, sus deseos y decisiones, también el incentivo para construir una posición que nos permita trabajar desde la interdisciplina, en la construcción de equipos de salud donde el trabajo interdisciplinario puede enriquecerse mutuamente, adoptando a la interdisciplinariedad como un posicionamiento y no una teoría unívoca tal como lo plantea Alicia Stolkiner (1999) la actividad interdisciplinaria sea de la índole que sea se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. El cómo se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental, e incluye el nivel de análisis siguiente:

Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente.

En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud. Este posicionamiento crítico podría ser una de las arterias para el cuestionamiento de modelos y saberes hegemónicos, dentro de los cuales también lo integran muchxs profesionales de la salud mental, y aquí es oportuno hablar de los profesionales de salud de servicios perinatales los cuales deberían conocer y defender los derechos que la ley de parto respetado propone, Ley 25.929 sancionada y promulgada en 2004 y finalmente reglamentada en 2015 la cual defiende los derechos de las madres, los recién nacidos/as y sus familias al momento del trabajo de parto, parto y post parto, donde se incluyen derechos que deben garantizarse a la mujer, el recién nacido/a y su familia.

Desde la profesión de lxs psicólogxs se torna relevante interpelar el tipo de parto que se instala desde la ideología patriarcal: una mujer infantilizada, dolorida, asustada, sola (independientemente de que esté acompañada), callada, quieta, limpia, dócil, colaborativa, pudorosa, asexuada, reprimida, como se mencionó antes "un cuerpo dócil", cuerpo que es manipulado, regulado, no escuchado, se podría decir que contribuye en la medida en que aporta una posición que intenta correrse de un modelo que responda al biopoder y a su intento de regulación de los cuerpos y del sexo, como nos recuerda Foucault. Visibilizar podría ser un comienzo, dar cuenta de los mecanismos con que se presenta la violencia, poder reconocerlos y resignificarlos. Vivimos en una sociedad en la que los tiempos de reflexión disminuyen cada día y la violencia aumenta de manera inversamente proporcional (Segato, 2003), es imperioso comprender que la violencia de género es la incubadora de todas las otras formas de violencia. Y que, la forma de lograrlo tiene que ver con llevar al patriarcado del borde al centro del paradigma con que pensamos el mundo y buscamos soluciones.

Luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político. Felitti K. (2011)

Consideraciones finales

A partir de lo trabajado, se pudo indagar la forma en que la violencia obstétrica avasalla a las mujeres gestantes en momentos de alta vulneración física y subjetiva. Se trata de una violencia que hace décadas se ha transformado para muchas de ellas en torturas socialmente legitimadas, lo cual reflexionar acerca de los aportes que lxs psicólogxs en tanto profesionales de la salud puedan brindar a esta problemática ha sido la apuesta principal del TIF.

Adoptar desde nuestra praxis la perspectiva de género implicaría poder escuchar, alojar y elucidar, cómo operan los dispositivos socio históricos de poder hacia las mujeres donde la ideología patriarcal embandera a la maternidad como opresión y el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer pero además debería ser con dolor y "sin chistar". El modelo de maternidad que aun predomina se basa en el ideal construido en los dos últimos siglos basado en la «buena madre». Según expresa Irati Fernández Pujana (2014) esta ideología de maternidad genera profundos sentimientos de culpa en todas aquellas mujeres que no logran cumplir con las expectativas impuestas, y también culpabiliza a aquéllas que no sienten como propio ese modelo y desean hacer las cosas de otra manera.

Sin dudas esta problemática convoca y compromete a lxs profesionales de la salud, como en la comunidad en sí, considerando que sería un cambio de paradigma el que debiera comenzar a darse, donde la mujer embarazada sea la protagonista de su propio parto. También implicaría grandes desafíos de abordaje donde se debiera reintroducir la dimensión subjetiva de cada persona y reconocer el daño emocional que puede generar una experiencia traumática o situaciones tan crudas legitimadas dentro de las salas de parto. No obstante, todo este abanico de prácticas negligentes, la mala praxis, y otras formas de violencias médicas perpetradas contra las mujeres gestantes, como consecuencia de los prejuicios y estereotipos que persisten sobre ellas en sociedades patriarcales, pueden producir graves complicaciones como la preclamsia, la eclampsia, infección y sepsis puerperal, hemorragias, trauma abdominal por la aplicación de maniobras innecesarias, complicaciones post operatorias, infecciones, colapso o pérdida de órganos, entre otras situaciones que en ocasiones llevan a las mujeres a la muerte e incrementan la morbilidad materna. Estas muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio también pueden y deben ser consideradas femicidios dado que, son muertes de mujeres evitables, que en muchos casos se dan como consecuencia de una serie de formas de violencia previa experimentadas por estas, consumadas por el personal y las instituciones sanitarias de forma directa o indirecta, y cuya motivación para efectuarlas son las concepciones sexistas, inferiorizantes y subordinantes que persisten sobre las mujeres.

Se intentó a lo largo del presente ensayo abordar a la Violencia obstétrica como expresión de control y opresión ejercida en mujeres gestantes dejando secuelas subjetivas que impactan sobre su dignidad, su integridad y la soberanía de sus cuerpos, entendiendo que dicha problemática no es abordada, pareciendo aun ser un tema tabú o hasta incómodo de hablar en los diversos ámbitos incluyendo la universidad de Psicología. Es claro que la violencia obstétrica tiene diversas caras, estas expresiones institucionales, físicas, psicológicas, verbales y sexuales de la violencia obstétrica tiene efectos en las mujeres y sus hijxs, las cuales pueden ser de carácter temporal o permanente. Por ejemplo, los malos tratos pueden tener un impacto psicológico en las

mujeres gestantes, pudiendo provocar stress post traumático, depresión, ansiedad, como también desconfianza hacia el personal y procedimientos médicos. Aunado a ello, pueden impactar en su sexualidad, dejar cicatrices, marcas, dolencias y severas lesiones corporales, genitales y reproductivas.

Sería oportuno puntualizar aportes desde el campo psi pero será otro el camino a tomar, no sería llano concluir el presente escrito presumiendo “recetas mágicas” o soluciones acabadas, justamente todo lo contrario, la incertidumbre nos invita a problematizar y cuestionar con mayor fuerza estas prácticas que reproducen y mantienen a la violencia machista, porque la aceptación de las mismas favorece su normalización lo cual empezar a dialogar sobre los aportes que lxs psicologxs puedan brindar puntualmente sería necesario, pensar quizás en una práctica integral que incorpore la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares y justamente enfocarse en la formación de trabajadores y trabajadoras de la salud, ya que la falta de materias sobre salud mental perinatal en las currículas de grado de todas las disciplinas que intervienen en la atención de los procesos de pre gestación, gestación y nacimientos se ve reflejado en las experiencias de las mujeres gestantes, en las prácticas hegemónicas, en la atención sanitaria que vulnera sus derechos. Se pudo entender en este recorrido que la violencia obstétrica es multifactorial y forma parte esencial de la estructura patriarcal que nos sostiene como sociedad, por esto, erradicarla es una tarea compleja que requiere de la participación y colaboración de diferentes sectores, incluyendo las políticas públicas, lxs profesionales de la salud, las organizaciones de la sociedad civil, las mujeres gestantes y sus familias

Comenzar a interrogarnos y plantear cuestionamientos constantes sobre estas prácticas violentas, sobre su naturalización, es elemental y a partir de allí armar una hoja de ruta donde los mandatos sociales machistas sean fuertemente despojados, cuestionados, lo cual es inherente al rol del psicólogo fomentar condiciones que empujen a las mujeres a conocer y ejercer sus derechos, propiciando la apertura de la palabra en las mismas desde un enfoque de género y de derechos humanos.

NI UNA MUJER MENOS, NI UNA VIOLENCIA MÁS.

Bibliografía

- Abordaje psicosocial de la muerte perinatal de un gemelar. Lic. Gabriela E. Muniagurria. Revista Enfermería Neonatal. Abril 2020; 32:12-16.
- Argentina (2004). Ley n. ° 25929/04. Ley de Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento.
- Argentina (2009). Ley n. ° 26485/09. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones. Interpersonales. Recuperado de <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/597/ley-no-264852009-ley-de-proteccion-integral-para-prevenir-sancionar-erradicar-la-violencia>.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe.
- Bochar Pizarro, J. (2017). Feminismos, perspectiva de género y psicoanálisis. En Revista digital Géneros, N° 20. http://bvirtual.ucol.mx/descargables/5_35-64.pdf.
- Calmels, J (2021) La Gaceta. "Cuidados y Asistencia en salud mental para infancias y juventudes en la Provincia de Buenos Aires". Pág. 16. Número 1.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2020) "Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina", Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Devetach, L (2016) Para que sepan de mí. Buenos Aires. CalibroscoPIO.
- Dilon, M (2022) Pagina 12. "Nos sostienen las redes feministas" <https://www.pagina12.com.ar/268779-nos-sostienen-las-redes-feministas>.
- Dueñas, G. (2021) La Gaceta. "Acerca del impacto de la pandemia en las infancias y adolescencias. Problemas y desafíos en salud mental y educación" Pag 36. Número 1.
- Fabbri, L. (2013) Apuntes sobre feminismos y construcción de poder popular. Rosario, Santa Fe. Puño y Letra.
- Faur, E. (2014) El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual, Buenos Aires. Siglo XXI.
- Faur, Esquivel y Jelin (2012) Las lógicas del cuidado infantil: entre las familias, el estado y el mercado. UNICEF.
- Femenías, María Luisa y Paula Soza, "Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres" en: Sociologías, Porto Alegre año 11, N°21, junio-julio 2009, pág. 22
- Illich, I 1976 Nemesiis Medica La Expropiación De La Salud.
- Las Casildas, Observatorio de Violencia Obstétrica (2016). Informe Final Encuesta de atención al parto/cesárea.
- Ley N° 25.929 (2004) Ley de Parto Humanizado. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de septiembre de 2004, Bs. As. Argentina.
- Ley N°26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicarla Violencia contra las Mujeres. Boletín Oficial de la República Argentina, 14 de abril de 2009. Buenos Aires, Argentina,
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de exclusión de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>.
- Goldman, T. (2022) [https://www.revistaanfibia.com/teresa-la-que-nacio-presal/Merhy,\(2006\)Salud:cartografia-del-trabajo-vivo.Ciudad-autonoma-de-Buenos-Aires](https://www.revistaanfibia.com/teresa-la-que-nacio-presal/Merhy,(2006)Salud:cartografia-del-trabajo-vivo.Ciudad-autonoma-de-Buenos-Aires).
- Lagarde, M. El género. https://catedraunescohdh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de exclusión de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*,
- Minnicelli, M (2013) Ceremonias Mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo. Rosario, Homo Sapiens.
- Sanchis, N (comp) (2020) El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá. "Ampliando la concepción de cuidado: ¿privilegio de pocxs o bien común?" Pág. 9.
- Osorio, V. y Saraceno, F. (2019). Mujeres invisibles. Partos y patriarcado. Buenos Aires: Interseccional.
- Pineda, E (2022) Aproximaciones al femicidio gineco-obstétrico. *Revista nuestra América*, vol. 10, núm. 19, 2022.
- Segato, R (2013) La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, Buenos Aires, Tinta Limón.
- Schallman, R (2006). Parir en libertad. En busca del poder perdido. Buenos Aires: Grijalbo. Villaverde M. (2006).
- Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Odent, M. (2001). La cientificación del amor: el amor en la ciencia. Argentina: Editorial Creavida.
- Sousa Campos G W. Gestión en Salud. En defensa de la Vida. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
- Tajer, D (comp.) (2020). Género y salud. Las políticas en acción. Buenos Aires. Lugar.
- Tajer, D (2019) Pensando con Silvia Bleichmar la relación entre subjetividad, poder, psicoanálisis y género. *Revista Topia*.

