



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Tesina de Licenciatura

Violencia en el embarazo

Alumna: Belén Giuntini

Profesora: Lic. Nora Gancedo

2015

Índice

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	7
CAPÍTULO II: VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	10
¿De qué hablamos cuando hablamos de Violencia Obstétrica?.....	10
Incorporar otras prácticas.....	20
Violencia estandarizada	23
Entorno favorable para el parto	33
Contrapunto, el parto en casa.....	35
Cambio de paradigma	40
El Trabajo Social y la Violencia Obstétrica.....	44
CAPITULO III: EMBARAZO Y VIOLENCIA FAMILIAR	47
¿Cómo trabajar la problemática?	56
¿Qué rol debe cumplir el Trabajo Social?.....	58
CAPITULO IV: VIOLENCIA LABORAL HACIA LA MUJER EMBARAZADA	63
Otras realidades	74
¿Cómo acortar nuestra brecha en el ámbito laboral entre mujeres y varones?	76
Mobbing maternal.....	79
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS.....	93

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer”. Michel Odent

“Si Eva hubiera escrito el Génesis, ¿cómo sería la primera noche de amor del género humano? Eva hubiera empezado por aclarar que ella no nació de ninguna costilla, ni conoció a ninguna serpiente, ni ofreció manzanas a nadie, y que Dios nunca le dijo que parirás con dolor y tu marido te dominará. Que todas esas historias son puras mentiras que Adán contó a la prensa.”

Eduardo Galeano

INTRODUCCIÓN

La siguiente tesina recibe el nombre de *Violencia en el Embarazo* y fue realizada con la intención de analizar cuál es la situación de las mujeres embarazadas en el marco de una sociedad patriarcal y violenta.

La asociación casi automática *Mujer-madre* que esta sociedad patriarcal nos propone está cargada de violencia simbólica, violencia que encasilla nuestras vidas y nos condiciona la libertad de decidir. Este trabajo se centra en la relación violencia de género- embarazo surgida de la inquietud de conocer más sobre un tema poco investigado y de la necesidad de romper con la idea de embarazo planteada por la sociedad patriarcal en la que estamos insertos/as, idea de embarazo como situación *sine quanon* de la mujer y como estado ideal de contención y amor.

En este sentido, *Violencia en el Embarazo* implica la existencia de situaciones, vivencias, prácticas, tratos, que vienen a vulnerar los derechos de estas mujeres.

El presente trabajo pretende visibilizar el hecho de que la violencia a las mujeres embarazadas puede ser perpetrada desde diferentes ámbitos a la vez.

Según el criterio adoptado para esta tesina, identificamos 3 tipos de violencias específicas que tienen como víctimas a las embarazadas:

- **Violencia Familiar**, definida por El Consejo Nacional de las Mujeres como “el abuso que acontece entre los miembros de un grupo familiar originado en el matrimonio o uniones de hecho, sean convivientes o no, y en el parentesco, siempre que sean convivientes. Puede incluir, violencia física, sexual, psicológica y comportamientos cuya finalidad sea ejercer coerción.”¹ La violencia familiar o doméstica afecta a mujeres de todas las edades y clases sociales y su transversalidad tampoco discrimina a las embarazadas.

- **Violencia Obstétrica**. 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”, define la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada

¹ Unicef – Consejo Nacional de las Mujeres – Manual de capacitación – 1999.

en un acto deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.”²

• **Violencia en el trabajo - Mobbing Maternal** - “mobbing maternal o acoso maternal es la discriminación que sufre en el trabajo la mujer embarazada.”³

Lo que nos proponemos mostrar en este trabajo de tesina es que, a pesar de que el imaginario social concibe el embarazo como una situación de amor y respeto, las mujeres embarazadas son violentadas de diversas formas y en distintos ámbitos. Es decir, la violencia no sólo puede hacerse presente en el interior del hogar sino también en el marco de la vida pública donde el Estado es responsable tanto por acción como por omisión.

Tanto el embarazo, como el posterior nacimiento de un niño/a, marcan de manera tajante la vida de las mujeres. Son momentos signados por el cambio y la aparición de sentimientos subjetivos que marcan a las mujeres de una u otra forma. Sin embargo esto no debe ser un acontecimiento que la coloque en una posición vulnerable o de desventaja en la trama social, y si así ocurriese es el Estado quien debe equilibrar la balanza resguardando los derechos de la mujer embarazada.

Por su parte, el Trabajo Social es una profesión que ha conquistado un rol relevante en el ámbito de la salud pública y también en la problemática de la desigualdad de género, áreas centrales para el abordaje de la violencia a la mujer embarazada. Sin dejar de mencionar su preparación tanto para la promoción de derechos, la escucha y el trabajo interdisciplinario; intervenciones valiosas para el tratamiento de la problemática.

A partir de la fundamentación expuesta, se presenta a continuación el desarrollo de la investigación. La misma la encontraran organizada en capítulos de la siguiente manera:

Introducción

Capítulo I: Aspectos metodológicos

Capítulo II: Violencia Obstétrica

² Ley 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

³ Publicado el 5 de febrero de 2010 – Disponible en: www.bebesymas.com/consejo/mobbing-maternal-y-presion-en-el-trabajo

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer”. Michel Odent

Capítulo III: Violencia Familiar y embarazo

Capítulo IV: Violencia Laboral y embarazo

Capítulo V: Conclusiones

Anexos

CAPÍTULO I: ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Estrategia Metodológica utilizada para la investigación fue elegida en función de los resultados que se pretendían obtener y fue determinándose en el proceso de elaboración de las primeras instancias de la tesina.

La investigación se basó en el método cualitativo. Entendiendo en primer lugar que “la metodología es una rama de la lógica que se ocupa de la aplicación de los principios de razonamiento a la investigación científica y filosófica. Ésta es un sistema de métodos en una ciencia particular y el método es un modo de hacer un procedimiento generalmente regular y ordenado. La metodología discute los fundamentos epistemológicos del conocimiento, el papel de los valores, la idea de causalidad, el papel de la teoría y su vinculación con lo empírico, la definición y validez o aceptabilidad del recorte de la realidad, el uso y el papel que juegan la deducción e inducción cuestiones de verificación y falsación; y los contenidos y alcances de la explicación e interpretación”⁴.

Sautu cita a Desing quien prefiere definir los métodos “como pautas de descubrimiento”.

“Los métodos o modos de procedimiento son una serie de pasos que el investigador sigue en el proceso de producir una contribución al conocimiento”⁵.

Vasilachis en su libro “Estrategias de investigación cualitativa” plantea las definiciones de varios autores, entre ellas nos parece de gran interés la enunciada por Creswell quien considera que “la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural”⁶.

Por otro lado también es destacable lo expresado en la misma publicación por Denzin y Lincoln: “las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las

⁴ Sautu, R. (ed.) (2004). El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores, Buenos Aires: Lumière (second edition; first edition 1999, Editorial Belgrano).

⁵ *Ibíd.* Pág. 30

⁶ Vasilachis, I. (2006). Estrategias de Investigación Cualitativa en Cap. I. Barcelona, España: Gedisa Editorial. Pág. 24

personas les otorgan. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos –estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales– que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos”⁷.

El estudio para la investigación cualitativa fue Exploratorio - Descriptivo:

Exploratorio porque estamos ante un tema que cuenta con algunos aspectos poco investigados y, por ende, poco conocido. Debido a ello la idea es intentar aumentar el grado de familiaridad con la problemática de la Violencia en el Embarazo. Por ello, intentamos conocer las manifestaciones del fenómeno estudiado que sean posibles.

Y descriptivo, porque busca desarrollar una imagen o descripción del fenómeno estudiado en función de sus características. Se miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de las unidades de análisis.

De esta manera analizamos cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes.

Para realizar la investigación se han utilizado técnicas directas como: la entrevista no estructurada o cualitativa, la observación participante y no participante, y técnicas indirectas como: el análisis documental.

Siguiendo a Taylor y Bogdan quienes sostienen que: “las entrevistas cualitativas, a diferencia de las estructuradas, siguen el modelo de una conversación entre iguales, donde el propio investigador es el instrumento y no lo que está escrito en el papel: éste avanza lentamente al principio, intenta establecer un *rapport* inicial, plantea preguntas no directivas, etc. aunque esto se lleve a cabo en situaciones preparadas”.

Y sumado a lo que Taylor y Bogdan explican sobre la observación participante diciendo que “este tipo de investigación involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. El diseño de investigación en la observación participante es flexible, antes y durante el proceso...”.

⁷ Vasilachis, I. Op. Cit.

Se realizaron entrevistas a una Médica Obstetra especialista en parto domiciliario y a una Trabajadora Social de la Maternidad Martín. Para esta investigación fue muy interesante el uso de las técnicas antes mencionadas porque permitieron visualizar algunos aspectos que no son verbalizados en dichas entrevistas debido a la naturalización de las prácticas. La observación se realizó participando en jornadas en los hospitales, debates y capacitaciones sobre parto respetado.

Como observación no participantes situaremos el hecho de recorrer la Maternidad Martín, específicamente salas de parto, parto y neonatología.

Lo detallado con anterioridad ha permitido obtener los insumos necesarios para analizar sobre la temática abordada y llegar a las conclusiones presentadas.

CAPÍTULO II: VIOLENCIA OBSTÉTRICA

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

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” sancionada en 2009 en nuestro país, define la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un acto deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”⁸.

La legislación venezolana, por su parte, enuncia la misma definición pero, a su vez, agrega una expresión no menos importante... “trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando en la calidad de vida de las mujeres”⁹.

La Ley N° 26.485 contempla en su artículo 6, la Violencia Obstétrica como una más de las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres - física, psicológica, sexual, económica y patrimonial- en los diferentes ámbitos.

Por su parte la Ley 25.929: “Derecho de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”^{*} - también conocida como Ley de Parto Humanizado expresa el derecho de la madre, el padre y el recién nacido a recibir buenos tratos, atención individual, información sobre los diferentes procedimientos y situaciones, entre otros derechos y sanciona las acciones de profesionales de la salud, y sus colaboradores que vulneren dichos derechos.

Esta ley en su Artículo 2 determina una importante cantidad de derechos que protegen y benefician a la mujer durante su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. El mencionado artículo enumera los siguientes derechos:

⁸ Ley 26.485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

⁹ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia – Art. 15, numeral 13 – República Bolivariana de Venezuela – 2007.

^{*} Ténganse en cuenta el lenguaje sexista, expresado en el género gramatical, que se utiliza para denominar una ley que, además de los derechos de los padres, promueve los derechos de las embarazadas durante su atención en los dispositivos de salud.

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Dicha legislación si bien es relativamente nueva, ya que fue sancionada por el Congreso de la Nación en agosto de 2004, aún no ha sido reglamentada y este es un factor que contribuye a que sea poco tenida en cuenta en los diferentes efectores de salud -sean

esos públicos o privados- y aún sigue siendo desconocida para la mayoría de las mujeres. La falta de interés de las instituciones y del personal de salud ante dicha ley, sumada al desconocimientos de las/os usuarias/os, dan como resultado la vulneración de los derechos del recién nacido, del padre y, por sobre todo, de la madre que es quien pone el cuerpo.

Si bien el colectivo de profesionales de la salud pública argumenta el maltrato en la atención a las embarazadas, centrándose en la falta de recursos materiales y humanos para cubrir la demanda, las clínicas privadas, que no conviven con esa problemática, no muestran cambios significativos en el respeto de los derechos de las embarazadas. Lo que se modifica es el trato personal pero la práctica médica sigue intacta.

“La violencia obstétrica es una de las caras de la violencia contra las mujeres más legitimada por el poder/saber médico y más silenciada por el colectivo social”¹⁰.

Las mujeres comienzan a sufrir violencia obstétrica desde los primeros controles obstétricos o ginecológicos y, la misma, puede ser perpetrada tanto de manera física como psíquica.

En el año 2001, en la ciudad de Rosario, El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos; realizó una investigación en distintos efectores públicos de salud del ámbito provincial y municipal, comprendiendo a hospitales, maternidades y centros de salud. Dicha investigación tuvo como disparador la toma de conocimiento por parte de INSGENAR y CLADEM de los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la ciudad.

La investigación arrojó como resultado que las mujeres, en esos lugares, pueden ser víctimas de:

- Vulneración del derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales.
- En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por médicos y estudiantes, sin ninguna explicación, sin respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escritadas, palpadas, e investigadas en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.

¹⁰ Camacaro Cuevas, Marbella (2009). Tergiversaciones sobre la Violencia Obstétrica. Recuperado el 30 de agosto de 2009 de www.insurrectasypunto.org

- Vulneración del Derecho a la Información y a la toma de Decisión. A las pacientes se les realizan prácticas, en muchos casos, sin previa consulta. En otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las investigaciones que se les realizarán. En consecuencia se les niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.

- Tratos Crueles e Inhumanos y Degradantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generan tal sospecha, al personal de salud.

Podríamos argumentar que el maltrato a las embarazadas por parte de los trabajadores de la salud debería ser analizado a partir de dos vertientes, por un lado desde la perspectiva de género y, por otro, desde el saber-poder profesional.

Desde la perspectiva de género entendemos que, en nuestras sociedades patriarcales, el hecho de ser mujer nos posiciona en un lugar de inferioridad con respecto a los hombres por adjudicarnos cualidades poco valiosas como fragilidad, debilidad, dependencia, inestabilidad emocional, entre otros atributos, que nos infantilizan y descalifican, vulnerando nuestra condición de ciudadanas. Elizabeth Jelin plantea que “ser ciudadano/a significa dos cosas: una, poseer un sentimiento de pertenencia a una comunidad política; otra, obtener un reconocimiento de esa comunidad política a la que se pertenece. La pertenencia y el reconocimiento a una comunidad tiene deberes y tiene derechos”¹¹.

“Ser ciudadano y ciudadana significa, más allá de las prácticas concretas, tener, por un lado, el derecho de reclamar y por lo tanto salir del plano subordinado. Por el otro ejercer una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrían decidir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados”¹².

¹¹Jelin, E. (1997). Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina, en: *Ágora. Cuadernos de estudios políticos*, año 3, N°. 7: Ciudadanía en el debate contemporáneo.

Recuperado el 30/3/12 de:

http://www.lai.fuberlin.de/es/elearning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzeptebereich/je_ciudadania/contexto.html

¹² *Ibíd.*

Entonces, justamente por lo enunciado, podríamos afirmar que la violencia hacia las mujeres vulnera nuestra ciudadanía ya que existe una legitimación social que la naturaliza, encubre y minimiza atropellando nuestros derechos.

Esta legitimación está constituida y sostenida por el lenguaje. Así, cualquier individuo de una comunidad de hablantes, por el mero hecho de compartir el lenguaje, es portador de los prototipos de todas las representaciones sociales posibles en esa sociedad.

Las representaciones sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.

En la lucha por la igualdad de derechos entre varones y mujeres, y contra la violencia hacia la mujer la clave está en la transformación del lenguaje. Dicha transformación se materializa en nuevas representaciones sociales que rompan con los viejos estereotipos asentándose sobre valores y normas más justas e igualitarias.

Por otra parte, desde la perspectiva saber-poder profesional, la medicina aplica sobre el embarazo y, principalmente, sobre el parto un mecanismo de racionalización ajustado al orden médico-social establecido. De esta manera se reprimen los aspectos psicosociales, y no biológicos, que se ponen en juego debido a la subjetividad de la mujer embarazada.

La medicalización del parto es el paradigma actual, y parece que cuestionarlo implicaría un gran desinterés por la vida de la madre y de su hijo/a. Cuestionar la práctica médica, parece ser un acto de irresponsabilidad, un atrevimiento al que debemos abstenernos los “simples mortales”.

Este poder-saber médico es sobrevalorado por la sociedad, lo cual legitima la violencia que ejerce el sistema de salud y sus profesionales sobre los pacientes y particularmente, en el caso que nos compete, sobre las mujeres embarazadas y sus hijos/as.

Pero otra forma de violencia, masivamente evidenciada, es aquella que se ejerce aplicando la mentira o la omisión. En muchos casos se omite dar información acerca de las distintas intervenciones médicas que pudieren realizarse, evitando así que la mujer tenga la opción de elegir libremente. Algunos obstetras por medio de terminología científica y pronósticos desalentadores diagnostican situaciones del orden de las excepcionalidades para la mayoría de los casos, es decir, vaticinan situaciones de gravedad cuando en realidad es

muy poco probable que sucedan. Estos augurios de catástrofes se disipan en la mayoría de los casos con la mágica solución de la cesárea. Cada día se incrementa el porcentaje de cesáreas en el sector privado, y el abuso de dicha práctica es uno de los indicadores más significativos de la ausencia del parto respetado y por ende del avasallamiento de los derechos de las mujeres embarazadas.

Está totalmente naturalizado el hecho de que ante ciertas circunstancias como un feto con vuelta de cordón, una mamá con una cesárea previa o embarazos dobles, por citar los casos más comunes, se resuelva de modo automático la realización de una cesárea programada. Esta automatización no sólo genera un irresponsable aumento en el número de cesáreas, sino que también avasalla las particularidades de cada embarazo y, aunque parezca lo contrario, aumenta su riesgo.

El altísimo número de cesáreas que se realizan, no solo en nuestro país, sino en toda Latinoamérica, es un síntoma que evidencia la magnitud de la violencia ejercida por el sistema de salud sobre las mujeres embarazadas.

La Organización Mundial de la Salud estima que las cesáreas no deben superar el 15% de los partos, sin embargo, según fue publicado en el 2011 por Página 12 y La Nación, en sus ediciones *on line*, en Argentina el 35% de los nacimientos son por cesáreas, con amplias diferencias entre el sector público y el privado, mientras que en los hospitales ronda el 25-30%, en las clínicas y sanatorios el porcentaje supera el 50% de los nacimientos. Aunque en los últimos seminarios sobre violencia obstétrica algunos profesionales plantean que el porcentaje de cesáreas en el sector privado es del 70%.

Estas cifras son alarmantes debido a que la cesárea es un procedimiento quirúrgico que representa mayores riesgos para la salud de la madre y el niño/a, y también mayores costos para el sistema de salud.

Las causas del preocupante incremento de cesáreas en la Argentina son múltiples, Página 12 publicó el 01/12/01, en un apartado titulado “Entre los mitos y las comodidades”¹³, la opinión de tres investigadores en perinatología: José Belizán, Ariel Karoliski y Fernando Althabe.

Ellos señalaron algunas de las causas del incremento de las cesáreas:

¹³ <http://www.pagina12.com.ar/2001/01-12/01-12-26/pag17.htm>

a) Un sistema de atención médica privada demasiado personalizado y a la vez cada vez más precarizado. Una mujer elige a un médico en particular para que la atienda durante el parto para poder organizar su vida en momentos en que para sobrevivir necesita trabajar en varias instituciones, al obstetra le resulta más simple programar una cesárea. Un parto quirúrgico implica menos tiempo que un parto vaginal y muchas veces los obstetras no disponen del tiempo para esperar el trabajo de parto. “En los países donde tienen mayor índice de cesáreas los médicos trabajan en equipo”, explicó Althabe, quien se desempeña en el Centro Latinoamericano de Perinatología.

b) El bajo uso de parteras, “En los países en los que las parteras tienen un rol protagónico como en el Reino Unido, Holanda y países escandinavos, se reduce notablemente el índice de cesáreas. En Argentina los partos están muy medicalizados y las parteras actúan como enfermeras, agregó Althabe.

c) El temor a un juicio por mala praxis. “La cesárea se visualiza erróneamente como un procedimiento más seguro. Los médicos prefieren realizarla así se cubren de eventuales denuncias si ocurren complicaciones en el parto”, indicó Belizán.

d) También incide el papel de la tecnología. “Producto de la presión de la industria de la tecnología se incorporan muchas intervenciones diagnósticas y terapéuticas que no tienen eficacia probada. Un ejemplo típico es el monitoreo fetal electrónico, que en pacientes de bajo riesgo no tiene ningún beneficio y ha provocado un aumento de las cesáreas por supuestos sufrimientos fetales. Se ha probado que hay errores en el valor de predicción”, apuntó Karolinski¹⁴.

Estas causas además de explicar el porqué del alto porcentaje de cesáreas, también evidencian la violencia obstétrica a la cual son sometidas las mujeres, quienes en su mayoría culminan su embarazo con una cesárea riesgosa e innecesaria. A esta intervención se llega luego de diagnósticos falsos o erróneos, y de pronósticos muy desalentadores que hacen que la mujer por miedo confíe ciegamente en la palabra del médico quien, por su conocimiento, está posicionado en un lugar de poder por sobre ella. Este abuso de poder y su consecuente manipulación cuartan la libertad de elección de las embarazadas, vulnerando no solo sus derechos sino también sus cuerpos.

A pesar de todas las precauciones y las técnicas desplegadas para suavizar el hecho, la cesárea es para la madre, y aún más para el bebé, un acto de violencia, una agresión.

¹⁴ *Ibíd.*

“La brusca ruptura entre la vida amniótica y la vida aérea no ocurre sin consecuencias para la relación de la madre y el bebé”¹⁵.

En el curso de la intervención quirúrgica, asustada por el ambiente frío e “hipermedicalizado” del quirófano, la mamá transmite al feto un estrés considerable. “Con frecuencia los bebés nacen tensos y en estado de hipotermia”¹⁶.

A la luz de lo enunciado, no es un dato menor el hecho de que un alto porcentaje de mujeres manifiestan, en numerosos sondeos sobre el tema, su preferencia sobre el parto natural.

El gran aumento de la práctica de la cesárea es fruto del proceso de “industrialización del parto”, que se viene suscitando desde comienzos de 1900. Este término, industrialización del parto es adoptado por Michel Odent, reconocido obstetra francés defensor del parto natural entendido como aquel parto en que la intervención externa es la mínima posible. Él introdujo en un hospital público francés la posibilidad de nacer en habitaciones “como en casa” y sus valiosos aportes a la humanización del nacimiento se han publicado en más de 50 trabajos científicos.

La presencia del médico como único actor del proceso del nacimiento, la incorporación del fórceps, la episiotomía, la incorporación de la anestesia -general en un primer momento, peridural después-, la creación de gigantescos departamentos de obstetricia, el ultrasonido; son algunos de los hechos más significativos que han signado y determinado en cada momento histórico la forma de nacer.

Pero más allá de los grandes adelantos médicos y tecnológicos, la industrialización del nacimiento se caracteriza también por la tendencia a la estandarización. Las palabras “rutina” y “protocolo” son claves para la obstetricia moderna.

Si bien luego ahondaremos en el desarrollo de la estandarización como problemática generadora de muchos de los casos de violencia obstétrica es importante señalar que este fenómeno tiene estrecha relación con el incremento desmesurado del porcentaje de cesáreas.

Como ya hemos señalado, el aumento de las cesáreas tiene que ver con la necesidad de optimizar los tiempos y “asegurar” los resultados. Esta tendencia se materializa en la

¹⁵ Szejer, M. y Caumel-Dauphin, F. (2006). ¡Las mamás y los bebés primero! Por una medicalización razonada en la maternidad en Cap. VI, (pág. 89). Ed. Creavida.

¹⁶ *Ibíd.* pág. 88.

estandarización de embarazos, procedimientos y situaciones, es decir, ante ciertas situaciones solo se plantea un procedimiento, la cesárea. Por ejemplo, la mayoría de los obstetras están actualmente convencidos de que en el caso de un parto de nalgas a término es preferible programar sistemáticamente una cesárea. También hay un criterio común que tiende a reducir considerablemente la cantidad de mujeres que pueden tratar de parir por vía natural después de una cesárea.

Estos ejemplos señalan algunas de las situaciones frente a las cuales los obstetras recomiendan o “imponen” la realización de una cesárea inadecuadamente. En la mayoría de los casos la simple visibilización de estas situaciones, incurre en un parto quirúrgico, como si todas las mujeres y todos los embarazos fueran iguales; como si realmente no fuera posible un parto natural.

“Además, el tiempo del parto es el encuentro entre dos tiempos diferentes: el de la mujer para poder desprenderse de este bebé y el del niño para venir al mundo. Se trata de otro tiempo, un tiempo diferente del medido por el reloj; un tiempo medido por el inconsciente, por el cuerpo y por las circunstancias del nacimiento; un tiempo necesario”¹⁷.

Pero no todos los obstetras siguen la regla, hay algunas excepciones que se cuestionan las prácticas aprendidas y su naturalización, no sin consecuencias. El Doctor Víctor Iburguren, obstetra de la ciudad de Mar del Plata, ha manifestado en algunas notas periodísticas, entrevistas y charlas, duras críticas al modo en que se produce la mayoría de los nacimientos. El obstetra además de desempeñar su profesión actualmente en Mar del Plata realizó una pasantía en la casa de partos Mygiorn, centro autorizado para la asistencia al parto natural y domiciliario por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, inscrito en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios con el n° E08682473.

Iburguren sostiene que es fundamental, tanto para los médicos como para las embarazadas, cuestionarse la manera de nacer, la medicalización del parto, preguntarnos qué esperamos de un nacimiento.

“La única manera de repensar nuestras prácticas es cuestionándolas. Cuestionar para dejar de actuar mecánicamente”¹⁸.

¹⁷ Szejes, y Caumel-Dauplin, F. Op. Cit. pág. 89.

¹⁸ Mitos y realidades del Parto. Charla a cargo del Dr. Víctor Iburguren médico obstetra (Mar del Plata).

Esta mecanización del accionar médico también fue planteada por el Dr. Gustavo Baccifava, Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario, en una serie de charlas realizadas con motivo de la semana del parto respetado.

El Dr. Baccifava expresó que “actualmente hay una alta intervención médica en el parto en buena parte del mundo, en Argentina y fuertemente en América Latina. Ante estas prácticas el argumento más utilizado es el hecho de que así es más seguro parir, pero muy pocos se plantean ¿qué dice la evidencia científica con respecto a esta afirmación?”¹⁹.

El Dr. Baccifava plantea que muchos médicos e incluso docentes analizan y avalan las distintas prácticas interventivas del nacimiento, basándose en la disminución estadística de la mortalidad perinatal en los últimos 50 años. Si bien a simple vista este sería una prueba contundente e irrefutable de las bondades del parto intervenido y del necesario protagonismo de la tecnología en los nacimientos, en el análisis detallado de los datos podemos descubrir que no es tan así.

Según la Organización Mundial de la Salud la alta mortalidad de mamás y bebés tenía como factor determinante el estilo de vida de las mujeres de la época. “El 70% de la población vivía en el campo, estaba sometida a trabajos forzosos, a frío, calor intenso, la alimentación fluctuante, el hecho de tener una gran cantidad de hijos...todos factores éstos que aumentaban el riesgo de vida tanto de los bebés por nacer, como de las mujeres embarazadas”²⁰. O sea, que atribuirle solo a la medicina el mérito del descenso de la mortalidad es por lo menos una mirada sesgada de los hechos.

Esto es un potente argumento que nos demuestra que si bien es necesario e imperante observar la evidencia científica, también lo es analizarla en su contexto.

Baccifava, durante su disertación, relató cómo muchas de las prácticas que le fueron enseñadas durante su formación académica analizadas a la luz de la evidencia científica no tienen razón de ser.

Si hacemos un análisis a la luz de la evidencia científica, de las prácticas médicas que se emplean a manera de rutina en la mayoría de los embarazos y partos salta a la vista un gravísimo problema: la estandarización de los embarazos.

¹⁹ Semana mundial del parto respetado. Charla a cargo de las Doulas y del Dr. Gustavo Baccifava Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña.

²⁰ *Ibíd.*

La obstetricia moderna tiene la manía de creer que todos los embarazos son iguales, todos los partos son idénticos y que todas las embarazadas responden a un mismo patrón.

Hacemos esta deducción basándonos en la repetición automática y mecánica con la que aplican ciertas prácticas médicas. Tanto obstetras, como neonatólogos, pediatras y demás profesionales de la salud, aplican sobre el embarazo, el parto y el bebé una extensa batería de procedimientos médicos a manera de rutina que no solo contribuyen a someter a las mujeres y sus hijos/as a muchas prácticas innecesarias, muchas de ellas dolorosas y molestas, sino también a violentar a las embarazadas estandarizando sus cuerpos, sus procesos de parto y sus deseos. Dicha estandarización borra toda subjetividad y les quita a las mujeres el derecho a decidir, opinar, pedir, elegir. Se mecanizan los nacimientos despojándolos de su naturalidad y subjetividad, tratándolos como una patología sobre la que se debe intervenir para curarla.

Son numerosos los procedimientos que se utilizan casi de manera rutinaria en la mayoría de los servicios de salud. Si bien en varios efectores públicos se está trabajando para cambiar las prácticas en favor de un parto respetado donde las mujeres y sus bebés vuelvan a ser los protagonistas, aún hay mucho camino por andar, principalmente en el ámbito privado.

INCORPORAR OTRAS PRÁCTICAS

El repensar la práctica profesional no solo consiste en revisar los procedimientos que componen las prácticas cotidianas, sino también tiene que ver con escuchar otros argumentos, otras voces distintas a la del colectivo profesional hegemónico y así poder incorporar nuevas prácticas y una mirada diferente sobre el nacimiento. Prácticas no solo menos agresivas, sino que tengan más relación con la contención y el respeto de la embarazada. Esto implicaría un cambio en el paradigma de la atención médica del embarazo.

Este nuevo paradigma del que hablamos, promueve el parto humanizado o respetado y vuelve a darle a la mujer el protagonismo en su embarazo y proceso parto, escuchando sus voces, respetando sus deseos, valorando sus opiniones, dándoles libertad de elección y, por sobre todas las cosas respetando los tiempos, no acelerando los procesos naturales.

Es imperante entender que el parto es un acontecimiento complejo en el cual intervienen múltiples variables que no pueden interpretarse desde un único discurso médico, sino que debe contemplar y complementarse desde las perspectivas antropológica, psicológica y social. El problema es que la medicina aplica un mecanismo de racionalización que reprime aquellos aspectos psicosociales y no biológicos, que no se sujetan al orden médico- social establecido.

Este cambio de paradigma y la incorporación de nuevas prácticas que no tienen que ver específicamente con el hacer profesional, sino más bien con el “no hacer”, también se sustenta en la evidencia científica.

“Según la OMS, el 70% de los partos que demandan atención en los hospitales, no requieren de asistencia medicalizada”²¹, término que se utiliza para referirse al uso abusivo de intervención médica y tecnológica.

Esta mirada de la OMS data de varias décadas, en 1985 la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de distintos participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. Esta conferencia arrojó una serie de recomendaciones resultantes de visibilizar el hecho de que las mujeres se encuentran despojadas de su propio parto y de desalentar la mirada del embarazo y el nacimiento como enfermedades.

Las recomendaciones específicas realizadas por la OMS plantean:

Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el período postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes.

²¹ Camacaro Cuevas, Marbella (2009). Recuperado en <http://palabrademujer.wordpress.com/2009/09/26/otra-mirada-de-la-atencion-obstetrica/>

El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.

No hay prueba de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

La ligadura de trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente que posición adoptar durante el expulsivo.

Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna debería tener más de un 10% de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden el parto o al recién nacido.

VIOLENCIA ESTANDARIZADA

Aunque se han eliminado la realización compulsiva de algunas prácticas innecesarias como las enemas y el rasurado perineal, todavía son muchas las prácticas que se siguen llevando a cabo, incluso cuando la evidencia científica muestra que son innecesarias o, peor aún, contraproducentes.

Dentro de estas prácticas nos encontramos con la episiotomía en el parto vaginal.

Lamentablemente, la episiotomía de rutina o el uso liberal e indiscriminado de la misma es muy frecuente. Pero si nos basamos en la evidencia científica, “la limitación en el uso de la episiotomía a indicaciones estrictas tiene numerosos beneficios: menos traumatismo perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones”²².

“La OMS recomienda desde 1989: Durante el parto se evitarán la ansiedad y los dolores inútiles. No se hará la episiotomía si no es indispensable. Todo ello ejerce acciones negativas sobre la liberación y secreción de prolactina”²³.

Según expresan algunos profesionales hay mujeres que tienen problemas de por vida por culpa de episiotomías mal realizadas o innecesarias como dolor permanente, o disfunción sexual.

Una de las estadísticas locales correspondiente al Hospital Roque Sáenz Peña muestra que gracias a la concientización y el trabajo de todo el personal de salud hubo una reducción

²² Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. (2003). Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

²³ *Ibíd.*

notable en el porcentaje de realización de dicha práctica, se pasó de un 25% a un 12%. Esta reducción se traduce en un aumento en el número de desgarros en segundo grado (desgarros leves) y no se registraron aumentos en el número de desgarros de tercer grado y cuarto grado que son los desgarros más graves. En este caso la evidencia científica nos demuestra que no es adecuado rutinizar esta práctica, sino que solo debe ser utilizada en casos seleccionados, por ejemplo, en el caso de un bebé de 4,500Kg. Los factores que muchas veces contribuyen a que se necesite la episiotomía es la posición de la mujer, ansiedad, temor... todos aspectos conductuales fácilmente modificables.

Otra de las prácticas más naturalizadas y por lo tanto más controversiales es la utilización de una vía o suero como instrumento de rutina. La OMS desaconseja esta práctica preventiva, más aún en los lugares donde existe personal disponible para colocarlo si fuese necesario. La colocación de un suero “por las dudas” lo único que hace es inmovilizar a la mujer, incomodarla.

Siguiendo con esta línea la OMS y el Colegio Americano de Anestesiología, recomiendan el suministro de fluidos orales durante el parto y dietas ligeras, para prevenir cuadros de deshidratación o cetosis. “Además el uso excesivo de soluciones intravenosas sin sal puede conducir a una hiponatremia, tanto en la madre como en el feto”²⁴. “La hiponatremia es una afección metabólica en la cual no hay suficiente sodio (sal) en los líquidos corporales por fuera de las células”²⁵. “La hiponatremia se debe siempre a un exceso de agua, absoluta o relativa (o ambas) con respecto al sodio. Con frecuencia hay una disminución de la capacidad para eliminar agua libre, o lo que es lo mismo, existe un defecto en la capacidad del riñón para generar una orina máximamente diluida, bien por alteración intrínseca renal o por exceso de AVP (hormona antidiurética)”²⁶.

La aplicación o suministro de oxitocina sintética, es una de las prácticas que desde hace muchos años hace sonar las alarmas de las estadísticas en base a la evidencia científica. “Entre un 5 y un 10% de los partos, sin problemas médicos graves requiere de este

²⁴ <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/ingesta-de-alimentos-y-liquidos>.

²⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000394.htm>10

²⁶ <http://tratado.uninet.edu/c050202.html>

medicamento. Esto está bien. Pero si se usa en más de un 5 a 10%, en este caso se está poniendo en serio riesgo a las mujeres y sus bebés”²⁷.

Aunque aún siguen siendo muy altos los valores de utilización de oxitocina dentro del Hospital Roque Sáenz Peña, se ha logrado hacer un descenso en su utilización a la mitad, se pasó de un 68% a un 32%. El Dr. Baccifava explica en su disertación, que es importante saber que la oxitocina sintética se da en forma continua, en cambio la oxitocina que segrega la mujer en el cerebro primitivo, es decir en la hipófisis, es de forma pulsante y de a bajas cantidades. La oxitocina que los médicos aplican no pasa al cerebro de la mamá, no pasa la barrera macroencefálica. Entonces allí radica el problema, la oxitocina tiene que ver con la conducta maternal, es la hormona del amor que le da a la mujer el instinto materno. Si los médicos la administran de manera artificial la mujer deja de producirla, porque la orden que recibe el cuerpo es que los propios receptores ya están saturados de la misma, entonces se pierde parte de la cultura materna. Obviamente, el hecho de ser sujetos inmersos dentro de una cultura permite que las mujeres desde pequeñas sepamos cuidar a un bebé, pero en este caso la cultura viene a salvar una carencia innecesaria ya que el instinto que despierta en nosotros la química natural de nuestros cuerpos nos asistiría perfectamente para llevar a cabo esta tarea.

Otra de las tantas prácticas comunes que deberían ir quedando en desuso es la realización del tacto. Esta práctica no solo es dolorosa, invasiva, molesta y atenta contra el pudor y la intimidad de las mujeres sino que está altamente sobreestimada. Si ya se tiene cierta experiencia en el parto, no es para nada necesario someter a las mujeres a esta práctica, ya que el obstetra puede saber por medio de otros parámetros como las secreciones que expulsa o el comportamiento de la embarazada, en qué etapa de la dilatación se encuentra.

La evidencia científica también arroja resultados desalentadores sobre la administración indiscriminada de drogas. Ya sea desde la colocación de suero y oxitocina, como ya hemos señalado, o el suministro de drogas analgésicas.

La anestesia peridural, pasó de ser una conquista femenina a otro de los procedimientos estandarizantes que violentan a las mujeres en sus partos. Hay muchos factores a tener en cuenta para garantizar la comodidad de las parturientas sin tener la necesidad imperante de

²⁷ Transcripción del audio reproducido en la jornada: Semana mundial del parto respetado. Charla a cargo de las Doulas y del Dr. Gustavo Baccifava Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña.

utilizar la analgesia artificial. Que la mujer tenga una compañía adecuada, una ducha a disposición, libertad de movimiento, masajes, inmersión en agua tibia, son algunos simples elementos que pueden evitar la necesidad de una anestesia peridural. La falta de estas condiciones y también la desinformación con la que muchas mujeres llegan a la sala de parto, hace que sean ellas mismas quienes exijan el suministro de la peridural. Pero la utilización de este tipo de anestesia no es gratuita, sino que tiene sus consecuencias en el desarrollo fisiológico normal del parto.

Según muestra la evidencia este tipo de analgesia, disminuye la producción de una gran cantidad de hormonas que produce el cerebro de la mujer: oxitocina, prolactina, endorfina, catecolamina; hormonas necesarias que preparan el cuerpo para el momento de dar a luz.

La evidencia científica también nos muestra como en muchos casos al aplicar una anestesia peridural la embarazada se queda sin contracciones, o le disminuye la presión arterial. Además del hecho de que muchas mujeres hacen retención urinaria y necesitan sonda, dos terceras partes experimentan picazón, un tercio tiene chuchos y escalofríos y una parte importante presenta sedación y somnolencia. Todos estos síntomas incomodan a la madre y dificultan el vínculo con su bebé, la lactancia, el primer contacto piel a piel.

Según un audio presentado por el Dr. Baccifava: “la epidural tiene riesgos porque bloquea todos los nervios y a menudo ocurre que la presión arterial de la mujer cae en picada. Si la presión arterial baja la mujer no transmite suficiente sangre al bebé y éste puede empezar a quedarse sin oxígeno. Esto es muy grave”²⁸.

Estos argumentos no pretenden echar por tierra los beneficios de este tipo de analgesia, pero sí dejar en claro que si no se la utiliza criteriosamente y se evita su práctica masiva podemos tener graves problemas. Una mujer anestesiada, una mujer que no siente, es una mujer que no puede parir sin ayuda, por eso muchas de ellas terminan siendo asistidas con fórceps, ventosas o directamente terminan en una cesárea.

Otra práctica de utilización rutinaria es el monitoreo fetal intraparto. El argumento médico para la utilización de esta práctica plantea que “el mismo sirve para determinar la adecuada oxigenación fetal lo que les permite proseguir el trabajo de parto con seguridad como para detectar precozmente el sufrimiento fetal agudo, e indicar oportunamente la

²⁸ Transcripción del audio reproducido en la jornada “Semana mundial del parto respetado”. Charla a cargo de las Doulas y del Dr. Gustavo Baccifava Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña.

inhibición de las contracciones y finalizar el mismo mediante una cesárea, evitando secuelas neurológicas”²⁹.

El monitoreo debería ser un control indicado para un bajo porcentaje de mujeres que presentan alguna complicación al momento de parir, no una herramienta de rutina. Dicha práctica no tiene sentido en embarazos que tienen un seguimiento médico adecuado y que se han desarrollado sin complicaciones.

“El uso masivo del monitoreo fetal electrónico MFE aumenta el riesgo de más intervenciones (cesáreas y fórceps), no reduce la mortalidad perinatal, ni reduce el riesgo de parálisis cerebral. En cambio en pacientes de riesgo, reduce el riesgo de convulsiones neonatales”³⁰.

La evidencia científica nos viene dando un gran arsenal de pruebas sobre la importancia de la posición y movilidad de la madre durante el trabajo de parto y la posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural. “La duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan; también tienen más probabilidades de recibir menos analgesia peridural. Debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden alentar a las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas³¹. Además la Organización Mundial de la Salud también plantea en sus recomendaciones que “las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni en el parto. Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer decidir libremente que posición quiere asumir durante el parto”³².

“La posición vertical (sentada, en cuclillas, de rodillas, colgada de un árbol según la práctica de algunas tribus), es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano

²⁹ www.bebesencamino.com visto 19-11-2013.

³⁰ www.slideshare.net/glorianarvaez/monitoria-fetal-congreso-de-residentes-2011 XVI Simposio de actualización de ginecología y obstetricia para médicos generales 18 y 19 de febrero/2011.

³¹ Makuch MY. (2010). Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR. Recuperado el 1 de febrero de 2010. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

³² http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/ - BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.

oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal.”... “el bebé, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. La posición horizontal neutraliza o entorpece esta mecánica, como sucedería si se tratase de comer o defecar estando acostadas”³³.

Todos los estudios coinciden en que la peor posición para parir es en posición de cúbito/dorsal, es decir: acostada. Esta posición dificulta el parto ya que de esta manera las contracciones son menos efectivas, el bebé se queda con menos oxígeno y el canal de parto se hace más largo y más estrecho. En cambio, si la mujer está en posición vertical las contracciones son más efectivas, tiene a su favor la gravedad y el canal de parto se acorta y se ensancha.

Evitar acostar a las mujeres para parir termina siendo una cuestión de sentido común, pero muchas veces éste es el menos común de los sentidos. La mayoría de las salas de parto no están acondicionadas para brindarles a las mujeres la posibilidad de caminar y adoptar otra posición que no sea acostadas en la cama. Además aún son muy pocos los profesionales que reconocen la importancia real de no utilizar la posición horizontal a la hora del parto y esto hace que no se incentive a las mujeres a adoptar otras posiciones, o lo que es peor no se les permita hacerlo en el caso de que ellas lo deseen.

Eva Giberti aporta una perspectiva más que interesante sobre la negatividad de la posición horizontal con respecto al plano vivencial de la mujer que está pariendo. Ella dice que: “cuando el parto se realiza con la parturienta acostada el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella tenga control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue “sacado” del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar³⁴. “La ausencia de mirada sobre lo que sucede con su cuerpo y con el bebé la conduce a suponer que es el médico quien “hace el parto” y a sentir gratitud hacia él, cuando en realidad se trata de lo contrario. Si exceptuamos las patologías que pueden presentarse y que demandan la intervención profesional, la que “hace el parto” es la mujer”³⁵.

³³ www.evagiberti.com/género/parto-vertical/

³⁴ www.evagiberti.com/género/parto-vertical/

³⁵ *Ibíd.*

Toda la evidencia enumerada solo da cuenta, de que la posición horizontal a la hora de dar a luz no tiene mayor razón de ser que la comodidad del médico por sobre el beneficio de la mujer. Comodidad que justamente tiene que ver con inmovilizar a las mujeres para intervenir sus partos y tratarlos como una patología más que llega al efector de salud.

Sería imposible realizar el sin fin de intervenciones de rutina que se aplican sobre las parturientas, si ellas están en movimiento y concentradas en obedecer solo a su cuerpo, a sus instintos. Es decir que la posición de la madre es un procedimiento médico, una intervención médica más que responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología vigente. Ideología basada en la intervención, “el hacer, por sobre el no hacer”, la medicalización y la relación de poder médico-paciente. La utilización de la posición horizontal, desde el accionar médico, es un elemento paradigmático de un modo de atención, que desvía su mirada hacia la consagración de la mujer como “objeto” del trabajo médico.

La evidencia científica también nos muestra como el pinzamiento precoz del cordón umbilical, es una práctica errónea que sólo tiene que ver con una necesidad médico-institucional de ahorrar tiempo.

La OMS plantea que “cambiar el momento en que se realiza el pinzamiento y corte del cordón de inmediatamente después del parto de uno a tres minutos después del nacimiento del neonato mejora el nivel de hierro del recién nacido”³⁶. “La implementación de esta intervención sería especialmente relevante en lugares de escasos recursos donde el acceso a una nutrición adecuada es limitado durante la infancia”³⁷. Si la biología no hace cambios bruscos, ¿por qué pensar que en un nacimiento es adecuado apurar los procesos? Si un adulto que está conectado a un respirador en terapia, necesita de un destete para comenzar a respirar otra vez por sus propios medios, un recién nacido también necesita adaptarse.

Incluso existen algunas posturas, entre ellas las del Dr. Víctor Iburguren, quien sostiene que “el cordón deberíamos ligarlo cuando deja de latir y eso puede llevar 3 minutos, 5 minutos, 10 minutos. Yo he escuchado que los/as pediatras, los/as neonatólogos/as han dado como que puede aumentar el riesgo de poliglobulia y esto puede llevar a una ictericia y

³⁶Abalos E. (2009). Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales: Comentario de la BSR. Recuperado el 2 de marzo de 2009. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

³⁷ *Ibíd.*

hacer necesario el tratamiento con lámpara”³⁸. Sin embargo tanto él, como el Dr. Gustavo Páez (médico obstetra del Hospital Roque Sáenz Peña, sostienen que esto no está demostrado y que “es una cuestión de sentido común; mientras el cordón late, sigue habiendo un intercambio”³⁹.

Otra de las prácticas estandarizadas cuya aplicación no tiene demasiada explicación y por lo tanto necesita ser repensada al interior del colectivo médico es la rotura artificial de la bolsa.

“La amniorexis es la rotura de la bolsa de las aguas. Puede ser espontánea o artificial (es decir, cuando te la rompen). La OMS dice que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina”⁴⁰. Se practica con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, de disminuir la duración del parto. Sin embargo, hay interrogantes en cuanto a los efectos que esta intervención tiene sobre la madre y el feto.

Debe haber una razón muy válida para romper artificialmente la bolsa. “La OMS aconseja no romper la bolsa a no ser que haya una detención del proceso (unas cuatro horas de detención) y como primer paso para la estimulación del proceso, antes de poner oxitocina (otras cuatro horas, aproximadamente). El peligro de romper la bolsa viene porque los microbios normales que viven en la vagina y que no pueden hacer ningún daño allí, tienen ya la puerta abierta y pueden entrar a la matriz y provocar una infección en las aguas y las membranas. Realizar un tacto vaginal cuando se ha roto bolsa ayuda a que se produzca este tipo de infección ya que con el tacto “se suben” los microbios hacia arriba”⁴¹.

El Dr. Baccifava plantea “nadie me sabe contestar para qué se rompe la bolsa. Lo hacemos porque nos enseñaron así, no nos hemos detenido a reflexionar”⁴².

Esta gran cantidad de prácticas que hemos enumerado corresponden a un modelo médico patriarcal que ha definido con su intervención como se deben atender los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres. Este modelo médico está caracterizado por un tipo de praxis médica, una rutina de atención, una forma de asistencia obstétrica que da por

³⁸ MITOS Y REALIDADES DEL PARTO. Charla a cargo del Dr. Víctor Iburguren médico obstetra (Mar del Plata) 23/07/2013.

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis>

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² Semana mundial del parto respetado. Charla a cargo de las Doulas y del Dr. Gustavo Baccifava Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña, 2013.

sentado el embarazo/parto como una “enfermedad” la que al ser estimada como tal, sólo debe ser resuelta por el equipo de salud. En este paradigma las parturientas y sus hijos/as son el “objeto” de trabajo. Ellas no tienen voz, ni decisión sobre su propio proceso reproductivo. Son sometidas a procedimientos de rutina establecidos para todas por igual, las acuestan, no camina, no comen, las someten a aceleradores del parto, les rompen las membranas, les hacen tactos vaginales; las violentan.

Este tipo de violencia, violencia obstétrica, se caracteriza por una atención mecanizada de los procesos de nacimiento, donde se transforma a las mujeres en seres pasivos, incapaces de poder parir sin la intervención y la medicalización impuesta por el equipo de salud. Esto incurre en la infantilización de las mujeres, en su anulación como protagonistas de sus partos, relegándolas a meras actrices de reparto. Además, “si los escuchamos, muchos bebés recién nacidos manifiestan sus dificultades para reponerse de un nacimiento vivido con violencia. Sienten dolores, están tristes, llorosos, incluso anoréxicos o insomnes; a veces, enfermos⁴³.

La evidencia científica también nos demuestra que, contrario a lo que plantea este paradigma médico hegemónico, es de gran importancia para el bienestar de la embarazada, el desarrollo del parto y, por supuesto, en bienestar del recién nacido; la contención y acompañamiento de las embarazadas durante su proceso de parto y del contacto temprano e ininterrumpido del bebé y su mamá. Obviamente, la OMS también realiza una serie de recomendaciones con respecto a estos factores.

“El apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto”⁴⁴.

La persona de apoyo no necesita una capacitación extensa o compleja, pero un requerimiento es que sea mujer y que tenga experiencia en partos con alguna capacitación proporcionada por el servicio de salud. “Su función es apoyar a las mujeres en trabajo de parto y no ayudar al profesional de la salud con la atención del trabajo de parto y del parto.

⁴³ Szejer, M. y Caumel-Dauphin, F. Op. Cit. pág.89

⁴⁴ Martis R. (2007). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: comentario de la BSR. Recuperado el 8 de setiembre de 2007. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Por lo tanto, la capacitación para el apoyo continuo y social de mujeres en trabajo de parto debería ser de muy bajo costo”⁴⁵.

También el apoyo afectivo es importante, la OMS plantea que “para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el período postnatal. Además del apoyo emocional que debe prestar el equipo sanitario”⁴⁶.

Con respecto al contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos, la evidencia nos muestra que “el contacto inmediatamente después del nacimiento reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. No se identificaron efectos negativos importantes”⁴⁷. “Lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia”⁴⁸.

El contacto piel a piel debería ser considerado como una intervención rutinaria de la atención de la salud tras el nacimiento.

“Las prácticas, tales como el manejo de recién nacidos después del nacimiento, son parte del funcionamiento institucional y podrían resultar difíciles de cambiar. Por ejemplo, en la Maternidad Martín en Rosario, donde se atienden 4000 partos por año, la práctica actual consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el abdomen desnudo de la madre durante un minuto, mientras se lo seca ligeramente con una sábana. Cabe destacar que esta nueva práctica se acaba de introducir tras la implementación de la intervención de pinzamiento del cordón umbilical tardío. En esta circunstancia, el contacto piel a piel comienza inmediatamente después del nacimiento, pero sólo dura de 1 a 3

⁴⁵ *Ibíd.*

⁴⁶ [www.unizar.es/med_naturista/Tratamiento/Recomendacionesde la OMS sobre el Nacimiento](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamiento/Recomendacionesde%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento) – Visto: 29/11/13.

⁴⁷ Puig G, Sguassero Y. (2007). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR. Recuperado el 9 de noviembre de 2007. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁴⁸ *Ibíd.*

minutos. Por lo tanto, prolongar la duración del contacto piel a piel como parte de la práctica rutinaria para el apoyo en la lactancia temprana podría ser fácil de implementar”⁴⁹.

Todas estas recomendaciones realizadas por la OMS y avaladas por una vasta evidencia científica, tiene que ver con entender la fisiología del parto.

ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO

Teniendo en cuenta diferentes enunciaciones, definiremos a la fisiología como aquella ciencia biológica que estudia las funciones de los seres vivos. Esta forma de estudio reúne los principios de las ciencias exactas dando sentido a aquellas interacciones de los elementos básicos de un ser vivo con su entorno y explicando el porqué de cada situación. Es fundamental comenzar a analizar el parto a la luz de esta ciencia, ya que es la única manera de repensar criteriosamente las prácticas obstétricas que se vienen desarrollando en la actualidad y así dejar de actuar de manera mecánica, otorgando un sentido, una lógica, al hacer profesional y por consiguiente, resignificando las funciones o roles que desempeñan los actores involucrados en cada nacimiento.

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada.

Todas las hormonas involucradas en el nacimiento se originan en estructuras primitivas del cerebro llamadas hipotálamo o hipófisis.

“Cuando hay inhibiciones durante el parto, o durante cualquier otra experiencia sexual, esas inhibiciones se originan en el “nuevo cerebro”, esa parte del cerebro muy desarrollada en los humanos que se podría denominar “el cerebro del intelecto, neocórtex”⁵⁰.

La intimidad es una necesidad de los mamíferos. Tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocórtex, esa reducción es el aspecto más importante de la fisiología del parto. Una mujer en trabajo de parto tiene, ante todo, necesidad de ser protegida contra todo tipo de estimulaciones de su neocórtex.

El lenguaje estimula el neocórtex, particularmente el lenguaje racional. Actualmente en los hospitales, los miembros del servicio de salud deben llenar fichas y, por lo tanto, realizan preguntas a la mujer en trabajo de parto.

⁴⁹ Puig G, Sguassero Y. Op. Cit.

⁵⁰ Odent Michel. (2006). El Granjero y el Obstetra en Cap. 11, (Pág. 83), Bs. As.: Ed. Creavida.

“Cuando una mujer da a luz sin ayuda de medicamentos, hay un momento en el que ella tiene una tendencia evidente a desconectarse del mundo, como si partiera “a otro planeta”. Se anima a hacer cosas que no haría jamás en la vida social cotidiana como gritar o injuriar. Puede colocarse en las posiciones menos esperadas y emitir los sonidos más insólitos. Eso significa una reducción del control del neocórtex”⁵¹. Por este motivo es totalmente inadecuado preguntarles a mujeres que ya están en “otro planeta” su apellido materno o el horario de su última comida.

Siguiendo con la analogía planteada, Odent expresa que la luz suave o la ausencia de luz favorece tanto el sueño como el parto. “El simple hecho de utilizar luces fuertes es un signo de incompreensión de la fisiología del parto. Cuando se mira a una mujer en trabajo de parto desde la perspectiva de un fisiólogo, se puede anticipar que la graduación de la luz no es neutra”⁵².

Sabemos también que es muy difícil quedarse dormido si uno se siente observado. “La privacidad es una necesidad básica tanto para el parto como para el sueño. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocórtex. Cuando nos sabemos observados, tenemos la tendencia a corregir nuestra actitud. Nos sentimos diferentes; esto sugiere que hay una diferencia entre una partera que se para enfrente de una mujer en trabajo de parto y la mira, y otra que simplemente se sienta en un rincón. También sugiere que en una sala de partos, debemos tomar en cuenta todo instrumento que pueda ser percibido como una forma de observar. Puede tratarse de una cámara de fotos, un monitor electrónico fetal o el personal de salud. Cuando una mujer en trabajo de parto sabe que sus funciones corporales están siendo observadas en forma continua, existe una estimulación de su neocórtex. Esta estimulación tiende a alargar el parto, a transformarlo en un parto más difícil y peligroso, por lo cual se hace necesaria una cesárea”⁵³.

“Todos sabemos también hasta qué punto es difícil conciliar el sueño cuando nos sentimos amenazados por cualquier tipo de peligro. Cuando tenemos conciencia de un peligro posible, segregamos hormonas de la familia de la adrenalina. El neocórtex es estimulado, lo cual permite estar alerta y atento. Nos despertamos en mitad de la noche si de

⁵¹ Odent, Michel. Op. Cit. Cap. 11. Pág. 85.

⁵² *Ibíd.* Pág. 85.

⁵³ *Ibíd.* Pág. 87.

repente sentimos frío, otra situación asociada a la secreción de adrenalina. Lo mismo pasa durante el parto. La mujer que da a luz necesita sentirse segura.”

Si bien no hay recetas para que alguien se sienta seguro, en este caso existe una estrategia que las mujeres han utilizado en diferentes partes del mundo. “Tienen tendencia a parir cerca de su madre, o cerca de alguien que pueda tener un rol similar, a menudo una madre o una abuela experimentada de la comunidad. Éste es el origen de la partera. La partera es, originariamente, una figura materna, y nuestra madre es el prototipo de la persona con quien nos sentimos seguros sin ser observados o juzgados”⁵⁴.

CONTRADUNTO, EL PARTO EN CASA

Si bien el parto domiciliario es una práctica controvertida para una gran parte de la sociedad, hoy por hoy es la única alternativa real de parto respetado.

No es una práctica común, pero está mucho más desarrollada de lo que creemos. Si bien presenta un gran número de detractores, en la sociedad en general y en el colectivo médico en particular, quizás esto se deba al desconocimiento sobre el tema, pero consideramos que fundamentalmente es producto del corte tajante que esta práctica imprime con la salud institucionalizada, sus protocolos, su verticalidad y su despersonalización.

Si bien es obvio que no es una alternativa de acceso a toda la sociedad, en primer lugar, por una cuestión económica y, en segundo lugar, porque no todas las mujeres están aptas para parir en su casa; es una alternativa interesante ante el sistema de salud privado.

Creemos que es importante, desarrollar esta opción ya que esta modalidad de parir es una alternativa ante el parto dentro del sistema de salud privado, y como hemos señalado la violencia obstétrica forma parte tanto de la salud pública como de la privada; y además es una muestra irrefutable de que otras prácticas y otros tratos, no solo son posibles, sino que tienen mejores resultados.

En Rosario nos encontramos con la Doctora Cristina Giménez, Medica Obstétrica y Ginecóloga formada en la Universidad Nacional de Rosario.

La Dra. Giménez tiene 28 años de profesión y trabajó durante 13 años dentro de la Universidad en la parte de investigaciones. Trabajó tanto en la salud pública como en privada, y fue formadora de residentes.

⁵⁴ *Ibíd.*

En una entrevista con la doctora, nos cuenta que su incursión en esta práctica se debe a un bagaje de experiencias que fue desarrollando en el transcurso de actividad profesional: _“Siempre me llamó la atención el trato que tiene el sistema con la mujer, no sólo en la embarazada sino en ginecología también como se refieren a las mujeres, las cosas que suceden en los consultorios, y en la embarazada ni hablemos. Las frases que se les dicen a las mujeres, las actitudes, los gritos, los retos, la descalificación. En el 98% de los casos, no sé si más, es por parte de las mujeres, sin distinción si son profesionales médicas, profesionales enfermeras, mucamas, auxiliares... no lo entiendo”⁵⁵.

La doctora plantea que si bien existen diferencias en el trato en relación al sector público y al privado, la violencia es la misma: _“En el hospital a una mujer la toman por asalto, sin saber que puede negarse, le dicen `abrí las piernas`, le ponen una chata y le hacen el tacto 3 o 4 personas, en cambio en el privado son un poco más amorosos: `a ver gordita`... El procedimiento es el mismo, la falta de respeto es la misma, a cara de perro que diciéndote `princesa`, `mi corazón`... en el fondo es lo mismo”⁵⁶.

Luego de pasar por varios efectores de salud, no sin inconvenientes por sus cuestionamientos a las prácticas, protocolos y tratos, desde el año 2007 se dedica exclusivamente a la atención de partos en el domicilio particular de las embarazadas.

La Dra. Cristina Giménez sostiene que ella tuvo la suerte de trabajar en la provincia de Buenos Aires, donde existen las parteras, profesión que en Santa Fe se perdió desde la década del 60 con una ley que prohibió a las parteras actuar de manera individual. Ellas solo pueden hacerlo bajo la supervisión de un médico.

_“Trabajé en un hospital muy grande que es el Hospital San Felipe, de San Nicolás, en donde hay entre 11 y 15 nacimientos diarios porque es regional. Cuando las parteras no daban abasto porque nacían muchos chicos a la vez, atendían los médicos. Vos ibas a la guardia y estaba bien definido las que tenían parto normal fueron atendidas por las parteras y las que estaban cesareadas fueron atendidas por médicos. ¿Por qué?”⁵⁷.

_“Empecé a ver que las parteras tenían mejores resultados que nosotros y las veía acompañando sentadas tejiendo o leyendo, y dejaban q las mujeres hagan lo que quieran... Y como ellas tenían mejores resultados que nosotros comencé a observarlas, a hacer cursos

⁵⁵ Entrevista a la Dra. Cristina Giménez - Médica Obstétrica y Ginecóloga Mat. 10002 – 22/04/2014.

⁵⁶ *Ibíd.*

⁵⁷ Entrevista a la Dra. Cristina Giménez. *Ibíd.*

con ellas de partería y consolidé lo que instintivamente venía haciendo de dejar que las mujeres se acostaran como se les ocurriera, que caminen, que adopten la posición que quieran”⁵⁸.

“Después de recorrer un largo camino decidí que era el fin de la obstetricia para mí, y me dediqué a estudiar, hice cursos de parto no medicalizado, parto acuático, me hice de la Sociedad internacional de Parto Acuático, y un día me contacta una pareja para que acompañe su parto en su casa”⁵⁹.

Desde el año 2007 hasta la fecha de la entrevista la Dra. Giménez ha atendido en domicilio 101 nacimientos. Si bien la inmensa mayoría logra su parto natural, hay algunas mujeres que no pudieron lograrlo; por lo que tuvo 8 casos, por fuera de los 101 nacimientos, que decidieron salir del domicilio y trasladarse a una institución. De esas 8 mujeres, a 3 se les realizaron cesáreas y 5 tuvieron un parto vaginal con peridural.

“La mayoría de las mujeres logran su parto natural y otras mujeres que no, porque en el parto se juegan muchas cosas de la historia personal de la mujer que ni siquiera ella sabe, de su historia familiar, de relatos familiares de partos, de miedos que no ha podido trabajar y la mayoría de los traslados que hemos tenido que hacer no son por urgencia, no existe la urgencia en el parto natural, si existe el traslado y es: o porque la mujer está muy cansada y no quiere continuar con esto, o porque no soporta más el dolor, porque lo vive de otra manera distinta a la mayoría de las mujeres, y está en el derecho de la mujer, de respetarlos se trata, el decir: _“no quiero más, vamos a la institución”. O sea que nosotros a veces podemos funcionar como un escalón previo a la institución. La mujer que va directamente a la institución si se quiere “escapar” no puede, pero si está en casa y “pide auxilio”, pide una anestesia o pide una cesárea porque no aguanta más, si quiere “escaparse” puede hacerlo porque es escuchada”⁶⁰.

Para poder llevar a cabo un parto domiciliario, se debe tener un embarazo controlado y saludable, es decir, que esté monitoreado por un obstetra y que tenga buenos resultados en los análisis de sangre, buenos resultados en las ecografías, que el feto esté en buenas condiciones. Cabe aclarar que en el 98% de los embarazos se dan estas condiciones favorables.

⁵⁸ *Ibíd.*

⁵⁹ *Ibíd.*

⁶⁰ Entrevista a la Dra. Cristina Giménez. Op. Cit.

No son aptas para tener un parto en casa aquellas embarazadas hipertensas, por más que tengan hipertensión leve, o aquellas que padezcan diabetes. Aunque resulte obvio vale aclarar que también existen casos donde es necesaria la indicación de una cesárea programada, y en estos casos tampoco se puede intentar un parto en casa. La cesárea se indica para fetos en posición transversa, desprendimiento de placenta, sangrado, hipertensión complicada, producida por el embarazo, la eclampsia grave o la preclampsia grave.

Giménez destaca por su parte, que son pocas las situaciones que ameritan una cesárea programada y que aunque se termine en la realización de una cesárea no es lo mismo haber tenido trabajo de parto que no tenerlo: _“El bebé que ha sido operado habiendo tenido trabajo de parto en el 99% de los casos no necesita la neo. Hablo de un trabajo de parto, no de manipulación, inducción salvaje, oxitocina salvaje, que provoca sufrimiento fetal, eso es otra cosa. En un parto cuidado, respetado, aún con un goteo responsable, cuidado, el bebé que ha tenido trabajo de parto es totalmente distinto al niño que es extraído como un tumor un día cualquiera... ahí si tienen problemas los chiquitos”.

La doctora Giménez relata su función de acompañamiento en el parto domiciliario de la siguiente manera: _“La pareja empieza su trabajo de parto, saben perfectamente bien cuáles son los estadios del parto, hablamos de esto en el taller, están formados en esto. Vamos mensajeándonos, el objetivo es que estén la mayor parte del tiempo solos para que el trabajo de parto prospere fácilmente, y cuando ya están en fase activa y varias horas de fase activa de parto, con contracciones regulares, intensas, con la misma regularidad y que no desaparecen con el transcurso de las horas, eso es fase activa. Ahí en algún determinado momento me dicen: _“vení”. Un tacto tengo que hacerle, porque es muy raro que ocurra pero ocurre que el niño puede estar de cabeza y algunas veces 1 de cada 100 nacimientos en lugar de orientar la cabeza en el canal de parto orienta la cara, entonces yo con el tacto necesito saber si el bebé está bien ubicado y cuanto tiene de dilatación la madre, entonces hago un primer tacto que en general no es con la madre acostada, la madre está parada o sentada, y ahí ya sabemos cuánto tiene de dilatación y nos dedicamos a esperar. Y con determinada dilatación, más o menos 5 centímetros y contracciones bien frecuentes puede entrar en la pileta, que las contracciones son más efectivas porque la madre está relajada con el agua calentita, sumergida y hasta que nazca el bebé. Muchas veces no tengo que hacer más que ese primer tacto y nada más y esperar que nazca. Nace el bebé y yo no lo toco, lo

recibe la mamá o el papá en sus brazos. La institución médica cuando está naciendo un bebé lo extrae, lo saca, nosotros lo recibimos, y el que nace es el bebé.

En el parto natural el que nace es el bebé la madre deja que suceda, no tiene que hacer nada la madre. Entonces cuando reciben al bebé, lo recibe en su pecho y entonces esperamos a que esté todo bien, lo secamos, le ponemos un gorrito y ellos se quedan el bebé a upa, esperamos que salga la placenta, y una vez que salió la placenta, o sea, que alumbró, o que el cordón dejó de latir, el papá corta el cordón umbilical y le damos la bienvenida a este mundo.

Las primeras 2 horas se quedan ellos solos con el bebé, a solas, tienen que olerse, le cuentan los dedos, le buscan parecidos...se quedan solitos porque es de ellos. Después de 1 o 2 horas, nosotros arreglamos la casa, reviso al bebé, lo peso, lo identifico con el certificado de nacido vivo y me voy a mi casa. Verifico que esté bien la lactancia, que se prenda bien a la teta, a veces le damos la vitamina K, ahí nomás vía oral, y me voy a mi casa. Al otro día vuelvo a revisar a la mamá, a ver cómo está el bebé, charlamos de las dudas que puedan tener.

Estos tipos de nacimientos son otra cosa, son instinto absoluto.

El parto domiciliario, es un parto natural, no medicalizado, pero se tiene en cuenta de antemano cuáles serán las salidas ante alguna urgencia. En primer lugar, ya se tiene previsto a que institución se dirigirán en el caso de que fuera necesario, la cual no debe estar a más de media hora del domicilio; y en segundo lugar la obstetra, que en este caso actuaría como partera, concurre al hogar con todo el equipamiento necesario para actuar si fuera necesario. “Tengo 3 bolsos con toda la medicación de uso eventual en una sala de parto: suero, jeringas, inyectables. Tengo un tubo de oxígeno, un *kit* de reanimación neonatal y para adultos...todo lo que se pueda usar en una sala de parto lo llevo en bolsos...un motor de aspiración por si al bebé hay que aspirarlo, nunca lo usamos. También llevo un tubo de oxígeno con válvula neonatal, la bolsita de reanimación del recién nacido por si hace falta antes del oxígeno, un laringoscopio para poder intubar...absolutamente todo”⁶¹.

La Dra. Giménez sostiene que la violencia obstétrica influye directamente en las futuras madres y en los bebés: _“en las madres, la institución de por sí frena el parto, la fluidez necesaria del parto, porque es un acto instintivo. Y eso hace que terminen con prácticas

⁶¹ Entrevista a la Dra. Cristina Giménez. *Ibíd.*

innecesarias o cesáreas innecesarias. El trato, el mal trato, también frena el parto y lo hace más laborioso, más dificultoso... Algunos estudios plantean que cuanto más violentamente sean recibidos los niños en una sociedad, esa sociedad va a ser más violenta”.

La doctora expresa que quienes se dirigen a ella y deciden tener este tipo de parto, no lo hacen porque está de moda o porque deciden hacer algo exótico. “Muchas de las mujeres que deciden no pasar por el sistema de salud vienen de experiencias muy traumáticas en sus partos anteriores o en sus cesáreas anteriores y las mujeres ahora han acuñado una palabra nueva que es la “innecesaria”. Las mujeres se dan cuenta cuando las han operado inútilmente, de las excusas, de las mentiras...entonces vienen algunas de experiencias innecesarias y otras de experiencias muy graves que quieren reparar con otro nacimiento, no se puede reparar nunca pero por lo menos cambia la historia”.

Giménez plantea: _“yo no recomiendo el parto en domicilio, yo recomiendo el parto natural, no medicalizado. Esto debería ser lo habitual en una institución. Pero como en la institución no se lo permiten a ellas, no me lo permiten a mí, tenemos que terminar en el domicilio. Lo más seguro que existe para una mujer y para el niño que está por nacer es el parto natural, incluso después de cesárea”.

CAMBIO DE PARADIGMA

Para que los servicios de salud y sus profesionales comiencen a ocuparse de entender la fisiología del parto poniendo a la mujer embarazada como protagonista de su proceso de parto y respetando sus subjetividades será necesario un cambio en el paradigma.

Si bien hoy, como hemos mencionado en el comienzo de este capítulo, la Argentina cuenta con una ley que promueve “los Derechos de los Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento”, Ley N° 25.929, aún queda mucho camino por andar para desterrar la violencia obstétrica del interior de los centros de salud. Esta ley, también denominada como “Ley de Parto Humanizado”, si bien es un gran avance en materia de derechos, ya que no solo proclama y defiende los derechos de las futuras madres, futuros padres y del recién nacido, sino que también sanciona las acciones de profesionales de la salud, y sus colaboradores, que vulneren dichos derechos, aún no ha sido reglamentada.

Sin negar que sea un gran adelanto contar con esta ley, termina siendo una buena herramienta que no podemos sacar de su funda.

Lo que parece un gran avance en materia de derechos, se traduce en un absurdo cuando vemos que una ley tan importante, que debería proteger a las mujeres y a sus bebés en un momento crucial y de mucha vulnerabilidad, diez años después de su sanción, sigue sin ser reglamentada. Con esto queremos decir que si bien la ley está en vigencia, y eso implica que debe cumplirse, algunos aspectos de la misma caen en la inaplicabilidad justamente por carecer de reglamento. Además, esta carencia, parece generar cierta confusión, ya que por su escasa difusión parece ser una ley tomada poco en serio tanto por el personal de salud como por los servicios de salud en general.

Si bien en el ámbito local son importantes los cambios que se han realizado, todavía falta mucho camino por recorrer en post de mejorar las condiciones de las mujeres embarazadas al interior de los servicios de salud.

En lo que respecta a las dos maternidades públicas más importantes de la ciudad, Maternidad Martín y Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña, instituciones que reúnen el mayor caudal de nacimientos, nos encontramos con cambios importantes pero todavía insuficientes.

La Maternidad Martín efectuó su cambio más importante a partir del traslado de la misma. Los inicios de la institución se remontan al año 1939 y cómo podemos imaginar desde el origen hasta la actualidad el edificio no solo era antiguo sino que había quedado obsoleto en materia de espacio y comodidades. La antigua maternidad contaba con una sala de internación común para todas, es decir, todas las camas se encontraban juntas en una gran habitación o en una especie de hospital de campaña.

Como podemos presumir, en esas condiciones era imposible garantizarle a las mujeres el derecho a la intimidad, a estar acompañadas por la personas que deseen, a tener a su hijo/a con ellas, entre otras situaciones, producto del hacinamiento. Incluso las mujeres entraban solas a la sala de parto, aún siendo menores de edad.

Es decir que el principal cambio no estuvo relacionado en este caso con la sanción de la Ley de Parto Respetado sino con la mudanza de la antigua maternidad al 5to y 6to piso del edificio del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario) la cual se llevó a cabo en diciembre de 2006.

Una de las trabajadoras sociales que desempeñan su profesión en la institución, Lic. Florencia Luccarelli, nos relata que la posibilidad de contar con el espacio adecuado cambió

muchísimo la situación de las mujeres que llegan para atender sus nacimientos en la institución.

“Ahora cuentan con 7 *boxs* de parto en el 6to piso del CEMAR, que es donde se encuentra parto, allí pueden estar contenidas por las personas que ellas deseen y tener la intimidad necesaria. Cuando están por parir son trasladadas a la sala de parto que queda en frente de los *bocks*, acompañadas por la persona que ellas decidan. Hay mujeres que deciden ir solas porque se ponen nerviosas... porque aparte es un momento donde hay un montón de gente: hay 3 enfermeras para asistir tanto a la madre como al bebé, 1 obstetra, 1 residente y 2 pediatras, entonces ante tanta gente a veces las mujeres deciden ir solas pero generalmente van acompañadas de sus parejas, o de algún familiar, madre, hermana, tía, prima... ”.

Analizando este relato podemos observar que la gran cantidad de gente que se encuentra presente en la sala de parto, es un indicio de que algunas cosas no han cambiado todavía. Nos preguntamos si es realmente necesaria la presencia de una multitud compuesta por médicos y enfermeras dentro de la sala de parto. Es casi imposible que una mujer se sienta cómoda, ante todo ese público y como ya hemos señalado la inhibición, el sentirse observada no favorece el proceso del parto.

La licenciada manifiesta que “si bien en un primer momento hubo mucha resistencia al cambio, por parte de todo el personal, de a poco con el trabajo de todos se fue aceptando el cambio. Igualmente hay cuestiones que se siguen dando, como por ejemplo, el paciente no tiene derecho a participar”. Con esto se refiere a que no se consulta a las mujeres embarazadas sobre las prácticas que se le van a realizar. A partir de ello observamos que se encuentra bien definido su rol como “paciente” y no como “actora” del nacimiento.

“Pero si hubo un cambio a partir de la mudanza, donde también se le da lugar al papá, él decide si quiere participar o no. Ver nacer a su hijo, ver la cesárea desde atrás de un vidrio, participar en la lactancia. Si bien no hay mucha participación del hombre, porque no lo saben hacer o porque les cuesta, ahora se les da ese lugar que antes no lo tenían porque se pensaba que era inútil, porque se pensaba que no servía, porque se pensaba que era algo que tenía que hacer la mamá sola”.

“También podemos decir que con respecto a la atención se ha dado un cambio, no se interviene si no hay necesidad de intervenir”. En este aspecto el Dr. Daniel Crosta, Director

de la Maternidad Martín expresó en una nota para la revista *Rosario Express*⁶², realizada por la periodista Julia Uccello, que: “no hay que tratar de intervenir o medicalizar un hecho absolutamente biológico si no existe una verdadera causa que lo justifique”. Él explica, en la nota, que esto se sabe, pero no siempre se hace o se dice, y relaciona las causas con temores que manifiestan tanto los médicos como las embarazadas”.

De la entrevista con la Lic. Luccarelli también podemos deducir, algunas cosas a partir de lo no dicho, de algunas evasivas a las preguntas o de pequeños indicios en el discurso. En este análisis vemos que si bien desde la maternidad se baja una política relacionada con el parto respetado, algunos profesionales están abiertos a esa directiva y otros siguen oponiendo resistencia al cambio. Si bien, desde la institución se realizan actividades de capacitación, o jornadas en el mes de mayo con motivo de la semana del parto respetado, al no ser actividades de participación obligatorias son muy pocos los profesionales que concurren. También sucede lo mismo en el trato con las pacientes, creemos que si bien hay una parte del personal de salud que es más flexible y contenedor con las embarazadas y sus circunstancias particulares de vida, hay un sector que aún se desempeña con un trato distante, técnico e imperativo.

No se han podido obtener estadísticas concretas sobre las prácticas obstétricas que se realizan en la institución en la actualidad, ni de las que se realizaban anteriormente, por lo que es imposible contrastar datos que demuestren cambios en este aspecto de la atención. Sí se ha observado, a partir del recorrido que me permitieron hacer por la institución, que la sala de parto está equipada de manera tal que tiene mucha similitud con la frialdad de un quirófano, hay mucha luz, encontramos el sillón obstétrico y un sector donde se revisa al recién nacido bastante aislado del lugar donde se encontraría la madre.

En lo que respecta a las prácticas en la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña, según lo expresado por su Jefe de Obstetricia el Dr. Gustavo Baccifava, en su disertación en una jornada organizada en el CEMAR con motivo del parto respetado, “en el Roque en los últimos años hemos logrado bajar a la mitad el uso de oxitocina, de un 68% a un 32%. Igualmente sigue siendo muy alto el porcentaje”.

Otras cifras significativas expresadas en la misma disertación plantean que esta maternidad tiene más de un 90% de acompañantes en el parto.

⁶² Dr. Daniel Crosta (2013). Detener el fenómeno intervencionista en *Rosario Express*. (78-80).

De 15.000 nacimientos al año que se contabilizan en Rosario, 4750 promedio de partos al año en la Maternidad Martín, 1800 promedio de partos al año en la Maternidad del Roque Sáenz Peña. Un 25% son cesáreas en estas maternidades públicas. Los sanatorios privados realizan de un 50% a un 70% de cesáreas.

Además el Hospital Roque Sáenz Peña cuenta, desde el año 2012, con un rudimentario banquito de madera que permite a las mujeres que lo deseen, y se sientan cómodas, utilizarlo para tener un trabajo de parto o, también un parto, en posición vertical. Es solamente una opción que se les ofrece y que ha tenido muy buena aceptación.

Si bien los cambios enumerados parecen insignificantes, son de gran importancia ya que se dan en un entorno institucional muy rígido que acepta muy poco los cambios, las modificaciones y los cuestionamientos que pongan en duda sus prácticas y conocimientos.

EL TRABAJO SOCIAL Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La intervención del trabajador social en el ámbito de la salud, es de gran importancia.

El Trabajo Social ocupa un lugar muy importante a la hora de trabajar sobre temáticas de salud y género pero en relación a la violencia obstétrica aún no ha logrado alcanzar el espacio necesario para intervenir eficazmente debido a que ésta es una problemática poco visibilizada de manera integral a nivel institucional y ocurre en un contexto donde la medicina tiene un poder superior ante el resto de las disciplinas, entre ellas el Trabajo Social. Si bien, en el ámbito local y nacional existen importantes ejemplos de integrantes de este colectivo profesional que como parte de un equipo interdisciplinario, han llevado importantes intervenciones sobre la problemática de la violencia obstétrica.

Aún falta mucho camino por recorrer.

De acuerdo al sondeo que hemos realizado con la trabajadora social de una de las principales maternidades de la ciudad observamos que no hay una actividad importante respecto a la Violencia Obstétrica. Si bien existe conocimiento sobre el término y sobre la existencia de las legislaciones que la sancionan, el conocimiento es vago y superfluo.

El Trabajo Social no penetra en la sala de parto, pareciera que no es un ámbito de trabajo adecuado para la profesión, o que es territorio exclusivo de la medicina. Como si lo que ocurre dentro de la sala de parto no fuera materia de análisis, estudio, intervención, promoción de derechos, fortalecimiento de vínculos, escucha, empoderamiento.

Las salas de maternidad, de parto, y parto son espacios a ganar por esta profesión para poder llevar adelante un Trabajo Social integral en el área de maternidad, para trabajar contra la violencia obstétrica, para la detección de otros factores de riesgo, para la prevención de mortalidad materno-infantil y la promoción de la lactancia materna y sus beneficios.

Nuestra profesión tiene el deber ético de trabajar en defensa de los derechos de las mujeres embarazadas y promover o canalizar las denuncias de los casos de violencia obstétrica; adoptando estas acciones como eje del ejercicio profesional.

El Trabajo Social también debería trabajar con las embarazadas en los efectores de salud barriales, donde se realiza el control y seguimiento de la mayoría de los embarazos; humanizando todo el proceso de traer un hijo/a al mundo, no solo ocuparnos del respeto en el momento de parir sino hacernos eco de las necesidades y deseos particulares de las embarazadas tanto en el parto como en el posparto.

Trabajar con las mujeres brindando apoyo, realizando talleres que tengan a las embarazadas como protagonistas, donde sean escuchadas, generando un espacio de contención e información que trascienda el consultorio médico. Trabajando con el médico como parte de un abordaje integral del embarazo, pero aportando una mirada profesional que rompa con el monopolio de la medicina sobre la maternidad. Ocupándose de las dudas y miedos que surgen con el embarazo, del cuidado de la salud de la embarazada, la preparación para el parto y la maternidad, interviniendo en función de un parto respetado y no medicalizado, trabajando la lactancia, la crianza, los cuidados en el posparto, la vacunación de los bebés, etc. dentro de las temáticas más relevantes.

Las falencias también son encontradas con respecto a los efectores privados de salud, por lo que sería fundamental el trabajo directo de capacitación y concientización con los diferentes colectivos profesionales que conforman el personal de salud.

También es fundamental para atacar la problemática, el empoderamiento de la sociedad desde el conocimiento de sus derechos y ello solo puede ser logrado con masivas y vastas campañas de difusión de los derechos de las mujeres embarazadas, en cuanto a la atención médica y a los tratos que deben recibir. Siendo fundamental, reglamentar la ley y establecer mecanismos de denuncia, para que aquellas mujeres que sean atendidas de manera irrespetuosa, ya sea en el trato o en las prácticas, cuenten con esta herramienta de

reivindicación. El Trabajo Social también debe tomar como eje de su ejercicio profesional no solo la defensa de los derechos de las mujeres embarazadas, sino también la denuncia de las situaciones de violencia obstétrica.

El rol de los trabajadores de salud es fundamental en lo que respecta a la problemática de la violencia contra la mujer. Es sumamente necesario trabajar con ellos desde la capacitación para poder desnaturalizar las situaciones o actos de violencia. Desde la visibilización de los mismos se construyen las transformaciones y se evidencian con claridad los atropellos a los derechos de las mujeres embarazadas.

CAPITULO III: EMBARAZO Y VIOLENCIA FAMILIAR

El Consejo Nacional de las Mujeres define la violencia familiar como el “abuso que acontece entre los miembros de un grupo familiar originado en el matrimonio o uniones de hecho, sean convivientes o no, y en el parentesco siempre que sean convivientes. Puede incluir violencia física, sexual, psicológica y comportamientos cuya finalidad sea ejercer coerción”⁶³.

Según estadísticas del Banco Mundial: “las mujeres entre 15 y 44 años de edad corren mayor riesgo de ser violadas o maltratadas en casa que de sufrir cáncer, accidentes de vehículos, guerras o malaria”⁶⁴.

La violencia familiar o doméstica afecta a las mujeres de todas las edades y clases sociales y su transversalidad tampoco discrimina a las mujeres embarazadas.

Si bien este dato parece ir en contra del imaginario social, numerosos estudios señalan a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.

No hay estudios o estadísticas publicadas a nivel local sobre el binomio violencia familiar-embarazo, pero si existen indicios, y bibliografía internacional que permiten avistar la problemática.

Denis De Moraes cita a Bronislaw Baczko para señalar que “el imaginario social se expresa por ideologías, utopías y también por símbolos, alegorías, rituales y mitos”⁶⁵.

“El imaginario no es sólo copia de lo real”⁶⁶.

“Los imaginarios sociales producen valores, las apreciaciones, los gustos, los ideales y las conductas de las personas que conforman una cultura. El imaginario es el efecto de una compleja red de relaciones entre discursos y prácticas sociales que interactúa con las individualidades. El imaginario comienza a actuar como tal, tan pronto como adquiere

⁶³ Unicef (1999). Manual de capacitación. Consejo Nac. de las Mujeres.

⁶⁴ Violencia contra la Mujer en www.onu.org.ar/Ggenero.aspx.

⁶⁵ De Moraes, Denis (2007).

www.revistacontratiempo.com.ar/moraes_imaginario_cultura_hegemonia.htm - *Contratiempo Revista Cultura y Pensamiento*. La cultura crítica en América Latina. N°2.

⁶⁶ *Ibíd.*

independencia de las voluntades individuales, aunque necesita de ellas para materializarse”⁶⁷.

El imaginario social es “un sustrato ideológico mantenido por la sociedad, compuesto por un conjunto de relaciones imagénicas que actúan como memoria afectivo-social de una cultura”⁶⁸.

Si bien en el siglo XXI nuestra sociedad sigue reproduciendo una cultura machista donde convivimos con una visible desigualdad de poder entre varones y mujeres, aún existen algunos aspectos de dicha desigualdad que no muy frecuentemente son puestos sobre el tapete.

El imaginario social sigue reproduciendo la idea de mujer-madre como binomio inseparable y a la vez se le otorga virtudes y responsabilidades aparentemente innatas, que fluyen desde que se conoce la “feliz” noticia del embarazo.

El imaginario sostiene la idea de una madre amorosa responsable que en la “dulce espera” recibe los cuidados y el acompañamiento de su entorno. Pero como planteaba anteriormente el imaginario social no siempre es una copia de la realidad.

Para poder ahondar en la violencia familiar que tiene como víctima a la mujer embarazada, debemos primero entender la violencia basada en el género.

Cuando hablamos de género nos referimos a “las creencias y valores que toda cultura tiene acerca del comportamiento que corresponde a varones y mujeres, de sus características por pertenecer a uno u otro sexo y de cómo deben ser las relaciones entre ellos. En todas las sociedades conocidas subyacen a estas creencias sistemas de valoración en términos de jerarquía y prestigio. Es bastante evidente que las mujeres y sus atributos revisten menores jerarquías sociales”⁶⁹.

La violencia sobre la mujer basada en el género puede ser ejercida de manera manifiesta, violencia física; o de una manera invisible, o bien como diría Eva Giberti: “invisibilizada”, es decir aquellos aspectos de la subordinación de género que se encuentran naturalizados,

⁶⁷ Díaz, E. (1997) ¿Qué es el Imaginario Social? en la ciencia y el imaginario social. Bs. As.: Biblos.

⁶⁸ De Moraes, Denis. Op.Cit.

⁶⁹ Giberti, Eva; Fernández, Ana María. (1988). (compiladoras). La mujer y la violencia invisible. Bs. As: Ed. Sudamericana.

llámese descalificación, exclusión, discriminación, o como la clasifican algunos autores: violencia psicológica, violencia económica o patrimonial y violencia sexual.

Estos tipos de violencia son los que irrumpen en contra del imaginario social ya que afectan a las mujeres sin exceptuar, en muchos más casos de los que creemos, a las mujeres embarazadas.

Uno de los factores fundamentales que fomentan la invisibilidad de la violencia es la diferenciación entre mundo público y vida privada. Esta clasificación tomada por Elizabeth Jelin nos muestra que los atributos y aptitudes que se les adjudican a los géneros los sitúan en distintos ámbitos. El varón por su condición de proveedor se ve comprometido con el proceso de producción y consumo, en la toma de decisiones se lo posiciona en la esfera pública, en cambio la mujer debido a su condición de “madre” y cuidadora, se ve relegada al ámbito privado o doméstico que “se caracteriza básicamente por las actividades de producción y consumo cotidiano de alimento y otros bienes y servicios de subsistencia, así decir, tener hijos, cuidarlos y socializarlos”⁷⁰.

Esta relegación al mundo de lo privado, acompañada de mecanismos que desarrollan en la mujer sentimientos de culpa, responsabilidad, vergüenza y aislamiento son los principales aliados en la reproducción invisibilizada de la violencia sobre la mujer.

Ruth Teubal explica que “la violencia intrafamiliar es considerada como un problema social y político, relacionado con la distribución de poder entre los géneros en una sociedad patriarcal. Esta desigualdad en el ámbito familiar se expresa mayoritariamente en las relaciones desiguales de poder. Éste es ejercido generalmente por el hombre, quien siente más derecho de intimidar y controlar. Las desigualdades de género y edad son los principales determinantes de la relaciones violentas en este ámbito, razón por la cual, son mayormente los hombres adultos los victimarios, y las mujeres, los niños, y luego los ancianos y los discapacitados, las víctimas más frecuentes”⁷¹.

⁷⁰ Jelin, E. (1989). Familia y unidad doméstica: Mundo público y vida privada. Bs. As. :*El Centro de Estudios de Estado y Sociedad* (CEDES).

⁷¹ Teubal, R. y colaboradoras (2001). Violencia familiar, trabajo social e instituciones. Bs. As.: Ed. Paidós Tramas Sociales.

Si bien la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer, todavía quedan baches en el análisis y la investigación de esta pandemia.

Sería de gran importancia y utilidad dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de causas que la ocasionan, identificar las características de la violencia, optimizar recursos, desarrollar mecanismos de ayuda y prevención para los diferentes grupos de víctimas identificables dentro del colectivo femenino.

Las mujeres embarazadas víctimas de violencia constituyen un grupo importante y poco visible dentro de dicho grupo.

“Los Centros de Control Prevención de Enfermedades de los EE.UU. definen la violencia durante el embarazo como violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada”⁷².

La Oficina regional de la OMS de Panamá, brinda algunas estadísticas específicas sobre la violencia a la mujer embarazada:

“Las adolescentes embarazadas, particularmente entre 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de violencia por parte de sus parejas”.

“Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser 4 veces más probable.” Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser el resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos.

“La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no solo una sino dos vidas. Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”.

Consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo:

-Aumento de peso insuficiente

⁷² Hoja informativa de programa Mujer, Salud y Desarrollo en *Gen Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la OMS.

- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Sangrado vaginal
- Trauma abdominal
- Hemorragia
- Exacerbación de enfermedades crónicas
- Complicaciones durante el parto
- Retraso en el cuidado prenatal
- Aborto espontáneo
- Bajo peso al nacer
- Ruptura de membranas
- Placenta previa
- Infección uterina
- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- Muerte

Además de los daños físicos mencionados, la Organización Panamericana de la salud plantea que la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir:

- Estrés
- Depresión
- Adicción al tabaco, el alcohol y las drogas.

Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto en el embarazo como después del parto.

Si bien no es el niño el objeto de interpretación e investigación de esta tesina, no está demás decir que las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento.

Por su parte, en un estudio realizado por el Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Autónoma de México se estima una prevalencia* de violencia contra mujeres embarazadas de entre el 20% y el 50%. Estos datos surgen de una investigación que toma como muestra a 400 mujeres embarazadas, cursando el tercer mes de embarazo, que buscan atención prenatal en los centros de salud de los municipios de Cuernavaca y Cuautla.

Uno de los datos de más interés revelados por dicha investigación nos muestra que “el 27% de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo”⁷³.

Este dato parece apoyar la hipótesis de que el embarazo es un disparador de la violencia que sufren muchas mujeres. Sin embargo, hay que considerar también que para una proporción semejante a la anterior 24% el embarazo funciona como factor protector frente a la violencia. Ese porcentaje de mujeres que tuvieron violencia antes del embarazo dejaron de tenerla durante el mismo.

Otro hallazgo, reportado por la citada investigación, es en términos de la magnitud de la prevalencia de violencia contra las mujeres tanto durante el embarazo (32%) como en el año previo (33,6%). Es decir un tercio de las mujeres entrevistadas reportaron sufrir violencia durante el embarazo y un tercio también en el año previo.

El estudio también deja en claro que es la violencia emocional durante el embarazo (28% de prevalencia) la que predomina por encima de la violencia física (15%) y sexual (cerca del 12%).

Si bien la diferencia entre los diversos tipos de violencia siempre resultará problemática ya que la violencia física presupone la violencia psicológica o emocional, por ejemplo, la

* Prevalencia, es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Es la probabilidad de que un individuo sea “un caso” en un momento o edad determinados.

⁷³ www.fsp.usp.br/rsp - *Revista Saúde Pública* (2004). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México.

diferencia en este estudio aporta a mostrar la complejidad del fenómeno. Es precisamente diferenciando estos tres tipos de violencia que se puede dar con uno de los hallazgos centrales de la presente investigación: mientras que, para el conjunto de mujeres que reportaron alguna forma de violencia durante el embarazo, la severidad de la violencia física y sexual se mantiene igual antes y durante el embarazo, la severidad de la violencia emocional se incrementa significativamente.

En consecuencia: ¿aumenta o disminuye la violencia durante el embarazo? La respuesta es compleja: teniendo en cuenta los resultados aportados por una investigación realizada por el Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Autónoma de México; en términos de prevalencia (en epidemiología se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado) permanece relativamente igual. En término de cambio de estatus son equivalentes las proporciones de mujeres que con el embarazo comienzan a sufrir violencia y de mujeres que con el embarazo dejan de sufrir violencia. Y en términos de severidad, es la violencia emocional o psicológica, y no la violencia física ni la sexual, la que se incrementa de manera significativa.

Otro aspecto alarmante de nuestra problemática tiene que ver con la muerte de las mujeres en manos de algún familiar. El homicidio contra las mujeres maltratadas es una de las causas fatales de la violencia doméstica.

En una revisión de estudios sobre este tema, de diferentes partes del mundo, Heise, L.; Pitanguy, J. y Germain, A., investigadores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), observaron que en general las mujeres corren menos riesgo que los hombres de morir asesinadas. Sin embargo las mujeres corren 4 veces más riesgo que los hombres de ser asesinadas por un miembro de su propia familia⁷⁴.

Un aspecto explotado por dicho estudio, y de vital importancia para esta tesina, indica que: “el riesgo de morir asesinadas era sustancialmente más alto en las mujeres a quienes maltrataban sus parejas estando embarazadas, que en las que maltrataban y no estaban embarazadas”. Este dato surge de un estudio realizado a 86 mujeres hispanas en el estado de Texas.

⁷⁴ Valdez, R., Juarez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres, análisis y perspectivas en México. Salud Mental. Vol. 21, N°8.

El embarazo es una situación que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres con respecto a la violencia.

Otros datos publicados por investigadores mexicanos reportan que las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia por parte de su cónyuge corren un riesgo 4 veces mayor de sufrir depresión que aquellas que no han sido victimizadas; cuando el maltrato ocurre durante el embarazo, el riesgo es 8 veces mayor⁷⁵.

Según se publica en 2005 en otra investigación desarrollada en México, “la violencia física en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas⁷⁶.”

“Se ha encontrado mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia. El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada. Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, así como entre violencia física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto se encontró solo en mujeres indígenas⁷⁷.”

También se ha presentado la asociación entre el hecho de ser golpeada durante el embarazo y la reacción agresiva hacia los hijos si se negaran a obedecer a la madre. “Si bien se planteó, en la entrevista a las mujeres como un escenario hipotético, en la vida diaria es muy probable que así suceda, contribuyendo al círculo de la violencia física durante un embarazo, es potencialmente una madre golpeadora⁷⁸.”

Otra investigación realizada en la sala de un Hospital Universitario, en la ciudad de Medellín, Colombia, revela datos importantes que refuerzan la hipótesis acerca de la estrecha, pero oculta, relación entre embarazo y violencia.

“Se aplicó una encuesta a las gestantes que ingresaron a la sala entre el 25 de octubre y el 17 de diciembre de 1999. La encuesta incluía datos sociodemográficos, exposición al

⁷⁵ Tiburcio Sainz, M.; Natera Rey, G. y Berenzon Gorn, S. (2010). Utilización de Servicios de atención a la Salud Mental – Vol. 33 N°3, mayo/junio.

⁷⁶ Paredes-Solís, S.; Villegas Arijón, A. y otros. (2005). Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepe, Guerrero, México. Salud Pública de México, Vol. 47, N°5, setiembre/octubre.

⁷⁷ Ídem.

⁷⁸ Paredes-Solís, S.; Villegas Arijón, A. y otros. Op. Cit.

maltrato durante el embarazo y en el año anterior a éste, complicaciones maternas y resultado de la gestación. 229 mujeres fueron encuestadas: 88 (38,6%) reportaron maltrato durante la gesta, 59 (25,9%) violentadas psicológicamente, 26 (11,4%) física y psicológicamente y 3 (1,3%) exclusivamente abuso físico. Los principales agresores fueron los familiares y el compañero”⁷⁹.

Este estudio asocia la violencia intrafamiliar en la población obstétrica con problemas de salud tales como:

- * El incremento del parto prematuro
- * Bajo peso al nacer
- * Daño y muerte fetal
- * Dependencia al alcohol o drogas
- * Intentos de suicidio
- * Depresión
- * Ansiedad
- * Cuidados prenatales inadecuados
- * Mayores consultas al médico

También se muestra que: “la mayoría (77,6%) de las mujeres maltratadas psicológicamente en el año anterior, continuaban siéndolo durante el embarazo; con respecto al abuso físico más de la mitad tenía el antecedente (51,7%).”⁸⁰ Estos datos confirman que el antecedente del maltrato es un factor de riesgo para la continuación de éste durante la gestación.

En México cuentan con el Comité Promotor por una Maternidad Segura, el cual está constituido por un grupo plural y multidisciplinario representado por organizaciones civiles, gubernamentales, académicas y agencias internacionales preocupadas por mejorar la salud de las mujeres durante la maternidad y evitar la mayoría de las muertes prematuras de mujeres que fallecen a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Este comité inicia sus actividades en 1993 con la misión de contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y a la búsqueda de una maternidad sin riesgos para todas las mujeres mexicanas, es decir, una maternidad gozosa, libremente decidida, sin violencia y atendida con calidad.

⁷⁹ Revista Investigación y educación en Enfermería. (2001). Versión impresa: 0120-5307. Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia recuperado en: www.reaalyc.org

⁸⁰ Op. Cit. Recuperado en www.readalyc.org

Este comité en el 2000 anunció que “un recién nacido proveniente de un hogar con violencia tiene 40 veces más riesgos de morir en el 1er. año de vida, debido a las agresiones físicas y los efectos negativos del ambiente para la embarazada”⁸¹.

¿COMO TRABAJAR LA PROBLEMÁTICA?

Como hemos visto, existen sobradas evidencias de que la mujer embarazada tiene un riesgo de maltrato más alto que la mujer no embarazada, afectando su capacidad reproductiva. Pero también hemos identificado una baja detección de la violencia doméstica en los centros de salud en los que consulta la mujer. Sistemas de detección específicos, organismos dedicados a la investigación han permitido establecer la magnitud de la violencia.

Lamentablemente los servicio de salud, que tienen la ventaja de tener contacto con casi la totalidad de las embarazadas, debido a que estas recurren a controlar sus embarazos o por diferentes enfermedades o dolencias, no juegan el rol de importancia que deberían.

Si bien en el 1^{er} capítulo de esta tesina, hemos identificado a los servicios de salud como sistemas que ejercen de manera directa violencia sobre la mujer embarazada y su bebé, en este capítulo vemos como éste mismo sistema contribuye, por omisión, a la reproducción y perpetración de las situaciones de violencia que sufren sus pacientes en el ámbito cotidiano.

Sería una falta a la verdad, no mencionar y destacar que existen grandes avances en las maternidades más importantes del sistema público de salud de la ciudad de Rosario. Tanto en la Maternidad Martin como en el Hospital Roque Sáenz Peña, es destacable el trabajo de los profesionales que desde la interdisciplina y la multidisciplina, en la mayoría de los casos, se ocupan de mejorar la atención y promocionar los derechos de las mujeres en relación a sus partos y cesáreas. Pero creemos que aún existe un bache con respecto a la situación de las mujeres que llegan a las instituciones con signos de violencia, especialmente, las que nos compete en este trabajo, las mujeres embarazadas.

Creemos que la violencia física y psicológica contra la mujer embarazada es un problema frecuente con consecuencias adversas para la gestante y su hijo. Por ello, el sector salud debe conocer este grave problema, para poder diagnosticarlo y a partir de ello tomar medidas tendientes a su identificación e intervención adecuada y oportuna.

⁸¹ www.cimac.org.mx/noticias/00ago/00081110.html - 11/08/00

El médico, quien ocupa un lugar de reconocimiento en la sociedad y es el encargado del cuidado de la salud, debe poseer conocimiento sobre la problemática de la violencia contra las mujeres, gestantes o no, para reconocer la situación e intervenir adecuadamente; por tanto, la violencia doméstica es una problemática que debería ser incluida en la currícula de educación médica. De igual manera, el médico gineco-obstetra debe darle a esta problemática la verdadera importancia que por su gravedad y frecuencia amerita, al igual que cualquier complicación durante el embarazo. El control prenatal debería ser una estrategia de salud pública útil para la identificación de casos y, potencial prevención de la violencia doméstica contra la embarazada.

Si el médico detecta en el control prenatal que su paciente está siendo víctima de violencia, debería apoyarse en un protocolo de atención y asesoría multidisciplinaria, ofreciendo trato digno, seguridad, comprensión, contención a la mujer víctima de violencia.

Por lo tanto, los servicios de salud deberían ser las herramientas estratégicas principales para enfrentar esta problemática. Los profesionales del sistema de salud deberían ser capacitados para detectar con mayor precisión a las víctimas de violencia, entender su problemática y evitar el estigma que les genera su situación; proporcionando de esta manera una atención efectiva e integral de la salud.

La propuesta más acertada, en relación al aporte fundamental que se puede realizar desde la salud, para ocuparse de la problemática de la violencia familiar en general, de la mujer maltratada, en particular, y, en nuestro caso específico, de la mujer embarazada; sería incorporar la propuesta de la “promoción de la salud”, que sugiere enfocar la salud desde una perspectiva integral y holística, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. “Esta propuesta considera cinco acciones: reforzar la participación comunitaria, fomentar el desarrollo de las capacidades personales, esforzarse por mejorar el medio ambiente, reorientar los servicios de salud y establecer políticas que favorezcan la salud”⁸².

Por definición, “la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”⁸³.

Se presenta así una necesidad y exigencia por atender y combatir los efectos de los estilos de vida poco saludables y de las conductas de riesgo en distintos ámbitos de la vida

⁸² Valdez, R. y Juárez, C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México – Centro de documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental.

⁸³ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS. Ginebra 1986.

de las personas, finalmente resultante en aspectos de perjuicio al bienestar físico, económico y social.

Para llevar a cabo esta propuesta es indispensable que desde el abanico de profesiones que encuentran su campo de acción en la salud, se dé un salto cualitativo desde la multidisciplina hacia la interdisciplina. Éste es el gran desafío a construir, la interdisciplina como estrategia necesaria de intervención. Interdisciplina como posibilidad concreta de trascender los conocimientos parciales de cada profesión y poder dar respuesta a una problemática compleja, y a la vez como un espacio grupal de contención para los profesionales.

“La interdisciplinariedad implica analizar, desde distintas miradas científicas, problemas o conjuntos de problemas, cuya complejidad es tal, que con el aporte o la “disponibilidad” de cada una de las disciplinas a la interdisciplinariedad, ayudaría a desentrañar distintas dimensiones de la realidad social”⁸⁴.

El ideal sería trascender las articulaciones con otros profesionales e instituciones, plasmadas en las interconsultas o derivaciones; hacia una construcción interdisciplinaria.

Es necesario saltar las barreras que imponen los organismos de salud, transformando a la interdisciplina en un acto real y no en un mero enunciado. Para ello, es fundamental que exista simetría entre las profesiones, ya que la interdisciplina es imposible si no existe una relación democrática entre las disciplinas que participan de la tarea.

Lograr esta simetría es uno de las grandes batallas que debemos dar, principalmente en el área de la salud que es considerada por muchos un área “exclusiva” de la medicina o donde la medicina aún, por sus características patriarcales y su jerarquía social, es reacia a compartir territorios de acción. Este rechazo, en muchos casos, lleva a dar solo soluciones sintomáticas a complejos problemas sociales, es decir, no solo limita las respuestas a las distintas problemáticas sino que esto ocasiona una intervención parcial, incompleta y, por tanto, ineficaz.

¿QUÉ ROL DEBE CUMPLIR EL TRABAJO SOCIAL?

En la publicación “Con todo al aire”, correspondiente a un trabajo de investigación donde se reportan los hallazgos y conclusiones del proyecto de investigación denominado

⁸⁴ Taborda M, Copertari S, Ruiz Briz E, Gurevich E, Firpo V. (2005). Ciencias sociales e interdisciplinariedad: relación entre teoría y práctica. Recuperado en: http://www.puentes.gov.ar/educar/servlet/Downloads/s_colecciones_fin/aun0402.pdf

“Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva”, se hace hincapié en el derecho a la salud:

“Para entender el concepto de derecho a la salud y cómo se debe garantizar su acceso, goce y permanencia en el mismo, partimos de entender a los derechos humanos desde una concepción integral. Es decir, todos los derechos humanos están interrelacionados y son interdependientes. Así, el derecho a la vida no es posible sin garantizar el derecho humano a la salud física y mental, la salud no es posible sin el acceso a los alimentos y al agua potable, el derecho humano a los alimentos implica respetar las prácticas culturales...etc., etc.”⁸⁵.

Naciones Unidas señala que la “salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que, todo ser humano, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

El hecho de que la violencia hacia las mujeres sea considerada por la ONU como una pandemia, nos demuestra que es un grave avasallamiento a los derechos humanos, atacándolo desde vastos aspectos.

La violencia contra la mujer debe ser considerada una violación de los derechos humanos en consecuencia de la discriminación que sufren, tanto en leyes como en la práctica, y por la persistencia de desigualdades por razones de género. Pero también, como hemos visto, por repercutir directamente en desmedro de la salud de las mujeres.

Siendo uno de los pilares básicos del Trabajo Social la defensa y promoción de los Derechos Humanos, expresado así en su código de ética, el rol que está llamado a cumplir el trabajador social es de protagonismo en el trabajo de la problemática.

El rol del Trabajo Social, dentro del grupo de interdisciplinas que deberían abordar la problemática de la violencia hacia la mujer, y lo que nos compete en este caso: la violencia hacia la mujer embarazada, es de gran importancia para los servicios de salud. Pero para poder desempeñar ese rol, al igual que los demás profesionales, debe conocer la magnitud y gravedad de esta problemática.

⁸⁵ Con todo al Aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos – INSEGNAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo).

En la currícula de la Lic. en Trabajo Social es primordial trabajar profunda y extensamente la temática de género, debido a que este tipo de violencia atraviesa de manera transversal a toda la sociedad, sin diferenciación de edad, religión, nacionalidad, estatus social o profesión. La magnitud que tiene la problemática requiere de la formación en cuestiones de género para luego trasladar esta noción a cada uno de los ámbitos de trabajo y poder así identificar, visibilizar, de qué manera se presenta allí la problemática de la violencia de género.

El desempeño de la profesión dentro del ámbito de la salud, desde una mirada macro, debe darse dentro de los parámetros de la promoción de la salud, fomentando la participación social y la educación para la salud, contribuyendo así a la creación de lazos entre el quehacer gubernamental y la participación ciudadana.

Desde una mirada más específica, el trabajador social debe trabajar, al interior del equipo interdisciplinario, como portador de las necesidades de las mujeres usuarias del servicio de salud. Necesidades que pueden ser expresadas por las mujeres o que, en la mayoría de los casos, por ser una problemática que genera vergüenza, culpa, baja autoestima, requieren de un/a profesional involucrado/a que visibilice el problema para poder trabajarlo.

Es fundamental tratar a la mujer víctima de violencia con paciencia, contención, sin juzgarla, generando un ámbito de confianza y seguridad.

El Trabajo Social debe trabajar para identificar los diversos escenarios de riesgo para poder desarrollar intervenciones eficaces con vistas a la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres embarazadas. Como ha sido planteado en algunas investigaciones internacionales, una propuesta superadora sería realizar un análisis de la problemática y luego, en consecuencia, elaborar un manual para prestadores de servicios de salud, que tenga como objeto la orientación de los profesionales en cuanto al manejo y canalización que deben dar a las mujeres maltratadas.

En un módulo de capacitación denominado “Violencia familiar enfoque desde la salud pública”, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud, en Lima, Perú, se plantea algunas propuesta a la pregunta ¿qué pueden hacer los/as trabajadores/as de salud?

“Los/as administradores/as de salud pueden dar visibilidad al tema de la violencia contra la mujer, teniendo presente que es una de las causas principales de mala salud e incapacidad en casi todo el país. Ellos/as pueden garantizar que se asignen recursos para recoger datos,

formular normas para mejorar la identificación y el manejo del maltrato, además de adiestramiento y sensibilización del personal. Pueden propiciar contactos interinstitucionales para desarrollar distintas respuestas a las necesidades de las mujeres y las niñas maltratadas”.

Es cierto que la violencia contra la mujer es un problema enorme y preocupante y por lo tanto no hay respuestas fáciles, y el sector salud no puede resolverlo por sí solo. Pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

En el documento mencionado se plantea que “un objetivo del trabajo de la OMS en la violencia contra la mujer es explorar y responder apropiadamente a las mujeres y las niñas que han sido maltratadas.”

Por otra parte también se señala una propuesta que vislumbra la función de los/as trabajadores/as de salud.

Como mínimo, los/as trabajadores/as de salud pueden:

-En primer lugar: “no dañar”. Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de la mujer agredida, minar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las mujeres se abran para buscar ayuda.

-Estar atentos/as a los posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.

-Cuando sea factible, preguntar con regularidad a todos/as los/as usuarios/as sobre sus experiencias de maltrato como parte normal de la documentación de la historia.

-Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica de las usuarias las circunstancias del maltrato, inclusive detalles del perpetrador.

-Remitir a las pacientes a los recursos disponibles en la comunidad.

-Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información y los registros de la usuaria.

Sería ingenuo pensar que la solución a la problemática se encuentra en manos de los profesionales de los servicios de salud, entre ellos de los trabajadores sociales. Es cierto que muchas veces se encuentran con las manos atadas ante la falta de recursos, la imposibilidad de un seguimiento apropiado en el tiempo, la resistencia de las instituciones a la hora de

abordar ciertas problemáticas, etc., pero si se puede marcar la diferencia a partir del conocimiento profundo de la problemática.

El conocimiento nos permite imprimir en la conciencia la verdadera magnitud de la problemática y ello se traduce directamente en nuestro trato con las personas vulneradas, en nuestra capacidad de escucha y comprensión, en nuestro desprejuicio sobre el tema. Estas acciones no son menores, si bien no solucionan la problemática en sí, contribuyen a cortar con la reproducción de la violencia, nos exhorta a no ser parte de la misma y eso no es una acción menor si tenemos en cuenta la vulnerabilidad que genera la violencia en sus víctimas.

CAPITULO IV: VIOLENCIA LABORAL HACIA LA MUJER EMBARAZADA

En nuestra sociedad existe un falso argumento que reza: “Todos somos iguales ante la ley”.

Éste es un argumento tramposo. Si evaluamos este enunciado desde el derecho no podemos negar la existencia de una igualdad formal, pero si hacemos un análisis más exhaustivo podemos ver que tal igualdad no es real. Existen situaciones específicas donde la ley formal marca ciertas distinciones que contribuyen a desmentir esta falsa premisa.

El argumento de que varones y mujeres son iguales sólo encubre las trabas que sufren las mujeres en sus recorridos laborales.

“En el uso de criterios meritocráticos, que tienen base en el criterio de igualdad formal, se esconden las trabas que sufren las mujeres en sus trayectorias laborales relacionadas, entre otros aspectos, al trabajo reproductivo que se les ha asignado en exclusividad en la división sexual del trabajo. Cuando hablamos de discriminación de las mujeres y de la consecuente necesidad de la implementación de medidas de tipo afirmativas, referimos la posibilidad de terminar con la subordinación de las mujeres en cuanto a grupo. En la definición de igualdad se impide ver cómo se perpetúan pasadas y presentes discriminaciones”⁸⁶.

Entonces ¿cuáles son los motivos reales que excluyen a la mujer del ámbito del trabajo formal?

En 1949 Simone De Beauvoir sostenía: “...la mujer mantenida -esposa o cortesana- no se liberan del varón por el hecho de que tenga en las manos una papeleta electoral; si las costumbres le imponen menos restricciones que antaño, esas licencias negativas no han modificado profundamente su situación: la mujer permanece encerrada en su condición de vasalla. Gracias al trabajo la mujer ha franqueado en gran parte la distancia que la separaba del varón; únicamente el trabajo es el que puede garantizarle una libertad concreta”⁸⁷.

⁸⁶http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=las_desventajas_de_la_mujer_en_el_mundo_del_trabajo&id=1475#.U3tWD3Za-So – Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Cs. Económicas – 12/03/12.

⁸⁷ De Beauvoir, Simone (2007). *El segundo sexo* 1999. Buenos Aires: Editorial Sudamericana S.A. bajo el sello Debolsillo. (pág. 675).

Pero más adelante aclara: “Sin embargo, no hay que creer que la simple yuxtaposición del derecho a votar y de un oficio constituya una perfecta liberación: el trabajo hoy no es la libertad... La mayoría de los trabajadores son hoy explotados. Por otra parte, la estructura social no ha sido profundamente modificada por la evolución de la condición femenina. Este mundo, que siempre ha pertenecido a los hombres, conserva todavía la fisonomía que le han dado ellos”⁸⁸.

Simone De Beauvoir es uno de los pilares más importantes del movimiento feminista, es increíble y a la vez aterrador ver como sus argumentos acerca de la libertad de las mujeres siguen vigentes. Si bien muchas cosas han cambiado para las mujeres desde mediados del 1900, la cuestión de fondo sigue latente.

En lo que respecta a datos concretos, un informe elaborado por el Centro de Estudios Mujeres y Trabajo de la Argentina (Cemyt) realizado en julio del 2010 estipula que:

“En la década presente mejoraron sensiblemente los indicadores laborales, se incrementó el empleo y se redujo el desempleo. No obstante se estancó la tasa de actividad femenina. Aunque el aumento de la participación laboral de las mujeres, la mejora de la demanda de empleo femenino y la reducción del desempleo son aspectos positivos, la asimetría en la distribución de las responsabilidades familiares entre los miembros de los hogares condiciona las oportunidades de participación laboral de las mujeres en empleos económicamente remunerados”⁸⁹.

Según plantean algunas organizaciones de mujeres, los reclamos laborales pocas veces forman parte de la agenda feminista. Ya sea por otras urgencias o falta de perspectiva sobre su importancia, pocas veces, se plantea la necesidad de equiparar los sueldos femeninos con los masculinos o de compartir las tareas domésticas en una democratización del hogar y la crianza de los/las hijos/as.

“Desde el propio movimiento de mujeres hay una deuda con esta agenda. Entre el feminismo y los temas laborales hay demasiadas interrupciones y distanciamientos. Todavía pesa mucho la noción de que las reivindicaciones de clase impactan de igual manera en trabajadores mujeres como varones y esto no es así porque hay asimetrías muy grandes en

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ <https://acuarela.wordpress.com/2011/03/10/mujer-y-trabajo-situacion-laboral-de-las-mujeres/>. Trabajo pendiente por Luciana Peker. *Página 12.*

el acceso a las mujeres en el trabajo remunerado como en la carga de las responsabilidades familiares que, mayoritariamente, sigue recayendo en las mujeres”⁹⁰.

Las verdaderas diferencias laborales entre hombres y mujeres saltan fácilmente a la vista cuando analizamos algunos datos estadísticos.

Las mujeres ganan un cuarto de salario menos que los varones.

No todas las mujeres son iguales: en el Gran Buenos Aires la mayoría de las mujeres (52 por ciento) trabaja, pero en el Noreste (NEA) sólo el 38 por ciento es autónoma laboralmente.

Trabajos (típicamente) femeninos: casi el 100 por ciento del trabajo doméstico es integrado por mujeres, también el 77 por ciento de los cargos en la enseñanza y el 72 por ciento en los servicios sociales y de salud.

Sólo el 4 por ciento de las mujeres ocupa cargos directivos. No hubo ascenso en el poder femenino desde el 2003 al 2009.

Las mujeres ganan un 24 por ciento menos que los varones. (Fuente: Cemyt, en base a la Encuesta Permanente de Hogares del Indec)⁹¹.

Como hemos visto la situación de la mujer en cuanto al trabajo no es de las más favorables, pero nos preguntamos ¿cómo es la situación de las mujeres embarazadas en el plano laboral?

Es *vox populi* que muchas empresas se muestran reticentes a la contratación de mujeres jóvenes en edad fértil que tengan -o se pueda intuir- la intención de tener hijos a corto plazo. ¿Es real esta situación? ¿Cuál es su causa?

El principal motivo de este rechazo tiene que ver con razones económicas. Las empleadas que se enfrentan con la maternidad representan un costo extra para la empresa. Este extra, es percibido por la empresa como una pérdida de dinero lo cual es un motivo más que relevante para optar por la contratación de hombres, o de mujeres por fuera de la edad reproductiva.

⁹⁰ *Ibíd.*

⁹¹ *Ibíd.*

Si bien, el hecho de ser una mujer casada con hijos a cargo tampoco es una situación ideal de contratación, menos favorable aún resulta estar embarazada o encontrarse en edad de estarlo en lo sucesivo.

En un trabajo literario realizado por Dora Barrancos acerca de la discriminación de las mujeres casadas del servicio telefónico en la Argentina, muestra la situación de vulnerabilidad laboral en la que se encontraban las mujeres en las últimas décadas del 1800.

“La incorporación de las mujeres al servicio excluyó de manera explícita a las casadas en las primeras décadas que sucedieron a su implantación en la Argentina... Desde muy temprano se adhirió a una orientación que privilegiaba la absorción de muchachas muy jóvenes y solteras para la atención de los usuarios -tampoco se admitían las viudas- cuyo promedio de edad al momento del ingreso no iba más allá de los 18 años”⁹².

“El análisis de los legajos de un grupo de telefonistas ingresantes en la década de 1900 pone en evidencia que, en su inmensa mayoría, el alejamiento del trabajo fue forzado por el casamiento. Si habían cumplido diez años de permanencia, la empresa consentía en retribuirles con un mes adicional al momento del enlace y en caso de excelente desempeño, según el criterio de sus jefes inmediatos, ese plazo podía disminuir”⁹³.

Fue recién en 1906, a partir de un proyecto de Alfredo Palacios que se sancionara en 1924 la ley 11.317, que entre otras cuestiones, “ratificaba la jornada de 8 horas, confirmaba la obligatoriedad del descanso dominical y del sábado inglés”. Además, prohibía el despido por embarazo, correspondiendo una indemnización en caso de despido sin causa justificada. Por último, agregaban 45 días de licencia por embarazo, en la etapa pre-parto, además de los 60 días post-parto vigentes ya en la ley anterior. Estos principios generales regirán sin modificaciones importantes en cuanto a la protección paternalista del trabajo femenino, hasta la promulgación de la ley 20.744 de Contrato de Trabajo en 1974”⁹⁴.

En mayo de 1976 se sanciona la Ley 20.744 “Ley de Contrato de Trabajo”, la cual está compuesta por Títulos y Capítulos. Su Título VII se denomina “Trabajo de Mujeres” y está

⁹²Barrancos, Dora (2010). Dossier: El trabajo femenino en el siglo XX: nuevas miradas y planteos de la historia de la mujer y los estudios de género. La puñalada de Amelia. www.memoria.fhce.unlp.edu.ar

⁹³ *Ibíd.*

⁹⁴ Lic. Bertolo, Maricel. Trabajo femenino en Argentina: Primeras expresiones legislativas. 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. aset (asociación argentina de especialistas en estudios del trabajo). Disponible en: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/18007.pdf>

constituido por varios capítulos dentro de los cuales se legisla acerca de las condiciones de trabajo que atañen a las mujeres y las obligaciones que tiene para con ellas el empleador.

Específicamente en el Capítulo II se denomina “De la protección de la maternidad”. El mismo está compuesto por los siguientes tres artículos:

Art. 177 —Prohibición de trabajar. Conservación del Empleo.

Queda prohibido el trabajo del personal femenino durante los cuarenta y cinco (45) días anteriores al parto y hasta cuarenta y cinco (45) días después del mismo. Sin embargo, la interesada podrá optar por que se le reduzca la licencia anterior al parto, que en tal caso no podrá ser inferior a treinta (30) días; el resto del período total de licencia se acumulará al período de descanso posterior al parto. En caso de nacimiento pre-término se acumulará al descanso posterior todo el lapso de licencia que no se hubiere gozado antes del parto, de modo de completar los noventa (90) días.

La trabajadora deberá comunicar fehacientemente su embarazo al empleador, con presentación de certificado médico en el que conste la fecha presunta del parto, o requerir su comprobación por el empleador. La trabajadora conservará su empleo durante los períodos indicados, y gozará de las asignaciones que le confieren los sistemas de seguridad social, que garantizarán a la misma la percepción de una suma igual a la retribución que corresponda al período de licencia legal, todo de conformidad con las exigencias y demás requisitos que prevean las reglamentaciones respectivas.

Garantizase a toda mujer durante la gestación el derecho a la estabilidad en el empleo. El mismo tendrá carácter de derecho adquirido a partir del momento en que la trabajadora practique la notificación a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de permanecer ausente de su trabajo durante un tiempo mayor, a consecuencia de enfermedad que según certificación médica deba su origen al embarazo o parto y la incapacite para reanudarlo vencidos aquellos plazos, la mujer será acreedora a los beneficios previstos en el artículo 208 de esta ley.

(Artículo sustituido por art. 1 ° de la Ley N° 21.824 B.O. 30/6//1978)

Art. 178. —Despido por causa del embarazo. Presunción.

Se presume, salvo prueba en contrario, que el despido de la mujer trabajadora obedece a razones de maternidad o embarazo cuando fuese dispuesto dentro del plazo de siete y medio (7 y 1/2) meses anteriores o posteriores a la fecha del parto, siempre y cuando la mujer haya cumplido con su obligación de notificar y acreditar en forma el hecho del embarazo así, en su caso, el del nacimiento. En tales condiciones, dará lugar al pago de una indemnización igual a la prevista en el artículo 182 de esta ley.

Art. 179. —Descansos diarios por lactancia.

Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado. En los establecimientos donde preste servicios el número mínimo de trabajadoras que determine la reglamentación, el empleador deberá habilitar salas maternas y guarderías para niños hasta la edad y en las condiciones que oportunamente se establezcan.

CAPITULO III - “De la prohibición del despido por causa de matrimonio”

Art. 180. —Nulidad.

Serán nulos y sin valor los actos o contratos de cualquier naturaleza que se celebren entre las partes o las reglamentaciones internas que se dicten, que establezcan para su personal el despido por causa de matrimonio.

Art. 181. —Presunción.

Se considera que el despido responde a la causa mencionada cuando el mismo fuese dispuesto sin invocación de causa por el empleador, o no fuese probada la que se invocare, y el despido se produjere dentro de los tres (3) meses anteriores o seis (6) meses posteriores al matrimonio y siempre que haya mediado notificación fehaciente del mismo a su empleador, no pudiendo esta notificación efectuarse con anterioridad o posteridad a los plazos señalados.

Art. 182. —Indemnización especial.

En caso de incumplimiento de esta prohibición, el empleador abonará una indemnización equivalente a un año de remuneraciones, que se acumulará a la establecida en el artículo 245.

CAPITULO IV – “Del estado de excedencia”

Art. 183. —Distintas situaciones. Opción en favor de la mujer.

La mujer trabajadora que, vigente la relación laboral, tuviera un hijo y continuara residiendo en el país podrá optar entre las siguientes situaciones:

a) Continuar su trabajo en la empresa, en las mismas condiciones en que lo venía haciendo.

b) Rescindir su contrato de trabajo, percibiendo la compensación por tiempo de servicio que se le asigna por este inciso, o los mayores beneficios que surjan de los estatutos profesionales o convenciones colectivas de trabajo.

En tal caso, la compensación será equivalente al veinticinco por ciento (25%) de la remuneración de la trabajadora, calculada en base al promedio fijado en el artículo 245 por cada año de servicio, la que no podrá exceder de un salario mínimo vital por año de servicio o fracción mayor de tres (3) meses.

c) Quedar en situación de excedencia por un período no inferior a tres (3) meses ni superior a seis (6) meses.

Se considera situación de excedencia la que asuma voluntariamente la mujer trabajadora que le permite reintegrarse a las tareas que desempeñaba en la empresa a la época del alumbramiento, dentro de los plazos fijados. La mujer trabajadora que hallándose en situación de excedencia formalizara nuevo contrato de trabajo con otro empleador quedará privada de pleno derecho de la facultad de reintegrarse.

Lo normado en los incisos b) y c) del presente artículo es de aplicación para la madre en el supuesto justificado de cuidado de hijo enfermo menor de edad a su cargo, con los alcances y limitaciones que establezca la reglamentación.

Art. 184. —Reingreso.

El reintegro de la mujer trabajadora en situación de excedencia deberá producirse al término del período por el que optara.

El empleador podrá disponerlo:

a) En cargo de la misma categoría que tenía al momento del alumbramiento o de la enfermedad del hijo.

b) En cargo o empleo superior o inferior al indicado, de común acuerdo con la mujer trabajadora.

Si no fuese admitida, será indemnizada como si se tratara de despido injustificado, salvo que el empleador demostrara la imposibilidad de reincorporarla, en cuyo caso la indemnización se limitará a la prevista en el artículo 183, inciso b) párrafo final.

Los plazos de excedencia no se computarán como tiempo de servicio.

Art. 185. —Requisito de antigüedad.

Para gozar de los derechos del artículo 183, apartado b) y c), de esta ley, la trabajadora deberá tener un (1) año de antigüedad, como mínimo, en la empresa.

Art. 186. —Opción tácita.

Si la mujer no se reincorporara a su empleo luego de vencidos los plazos de licencia previstos por el artículo 177, y no comunicara a su empleador dentro de las cuarenta y ocho (48) horas anteriores a la finalización de los mismos, que se acoge a los plazos de excedencia, se entenderá que opta por la percepción de la compensación establecida en el artículo 183 inciso b) párrafo final.

El derecho que se reconoce a la mujer trabajadora en mérito a lo antes dispuesto no enerva los derechos que le corresponden a la misma por aplicación de otras normas.

Estos capítulos de la ley de contrato de trabajo con sus respectivos artículos, si bien vienen a nivelar la situación de desigualdad que sufrían y siguen sufriendo las mujeres en el ámbito laboral, ejercen sobre ellas una discriminación positiva, la cual a pesar de las buenas intenciones no deja de ser discriminación. El encasillamiento del rol de la mujer en la maternidad y su lugar de desigualdad en el mercado laboral se sigue evidenciando

claramente cuando nos encontramos con el Capítulo II, del Título V, de la mencionada ley, donde como contrapartida indica:

TITULO V - CAPITULO II “Régimen de las licencias especiales”

Art. 158. —Clases.

El trabajador gozará de las siguientes licencias especiales:

a) Por nacimiento de hijo, dos (2) días corridos.

Este posicionamiento de la mujer frente a la maternidad no hace más que reafirmar que la reproducción, la planificación familiar, la vida privada; son el rol fundamental que la mujer está llamada a cumplir. Si bien con la legislación descripta, se intenta proteger su situación en el mercado de trabajo, esta es una herramienta en muchos casos excluyente a la hora de insertarse en el mercado laboral.

La legislación apunta a intentar articular el trabajo con la crianza de los hijos y resguardar a la mujer para que el hecho de la maternidad no sea una causal de despido. Pero ¿qué pasa con los varones? ¿Acaso ellos no tienen que articular el trabajo con el hogar y la crianza de los niños/as?

A partir del análisis de la Ley de Contrato de Trabajo podemos ver claramente el protagonismo de la mujer al interior del ámbito doméstico y como esta herramienta en lugar de igualar, realiza una clara diferenciación entre hombres y mujeres, dejando a éstas últimas en una posición casi de carga para el empleador.

Si bien los días de licencia por maternidad son indispensables, el empleador en la mayoría de los casos debe cubrir el puesto de la mujer embarazada con un reemplazo, situación que lo obliga a la paga de un sueldo adicional con sus respectivos aportes y contribuciones. Además está obligado a extender esta licencia de 90 días, si existiesen razones médicas que así lo requieran. En muchos casos esta situación implica capacitar a un nuevo trabajador/a, o tener un bajo rendimiento en el puesto de trabajo a raíz de la inserción de una nueva persona.

Esta situación denota fácilmente la desventaja económica y operativa que un empleador debe afrontar cada vez que una de sus empleadas queda embarazada. Y conociendo las leyes del mercado, creemos que es una razón más que suficiente para pensar, más de una

vez, a la hora de contratar a una mujer en edad reproductiva, o quizás también sea un factor que lleve a la precarización laboral, “empleadas en negro”.

Becker argumenta, que “una parte de las diferencias salariales y de acceso al mercado laboral por género viene explicada por las diferencias en la formación de capital humano entre ambos grupos. Bajo el supuesto teórico, muchas veces verificado empíricamente, de que las mujeres interrumpen con mayor frecuencia su vida laboral, los empleadores preferirían contratar para un determinado empleo, y a iguales condiciones, competencias laborales y estudios entre postulantes, a personas de género masculino porque esperan de ellos una mayor acumulación de capital humano que las mujeres”⁹⁵.

Estos argumentos constituyen una visión específica de la mujer en función del trabajo, lo que algunos autores identifican como la idea de mujer como fuerza de trabajo secundaria.

Laís Abramo⁹⁶ en un trabajo denominado “Inserción laboral de las mujeres en América Latina: ¿una fuerza de trabajo secundaria?” plantea la problemática de la discriminación de la mujer en el ámbito laboral de la siguiente manera:

“La idea de la mujer como fuerza de trabajo secundaria se estructura, en primer lugar, en torno a una concepción de familia nuclear en la cual el hombre es el principal/único proveedor y la mujer es la principal/exclusiva responsable por la esfera privada (el cuidado doméstico y familiar).

En ese modelo, la inserción laboral de la mujer, cuando la hay, es un aspecto secundario de su proyecto de vida, de la constitución de su identidad y de sus posibilidades reales, y ocurre básicamente en dos situaciones:

- a) Cuando el hombre (por definición el proveedor principal/exclusivo) no puede cumplir ese rol, debido a una situación de crisis económica, desempleo, disminución de sus remuneraciones, enfermedad, incapacidad temporal o definitiva u otro tipo de infortunios;
- b) cuando se trata de un hogar en el cual la figura masculina está ausente (por muerte, separación, etc.) y la mujer asume el rol de proveedora por falta de otra alternativa.

⁹⁵ Carranza, J. P. y Peralta P. I. (2012). Empleo y género: análisis de las preferencias de los empleadores como determinantes del acceso al empleo. El caso de la Ciudad de Córdoba, Argentina. – *Revista Nomadías* - Número 16, 137-163 – Disponible en internet en versión PDF.

⁹⁶ Abramo, L. (2004). ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajo secundaria? *Estudios Feministas*. Florianópolis. Disponible en internet en versión PDF.

En consecuencia (de la atribución de ese rol al hombre), la inserción laboral de la mujer, también por definición, sería una inserción laboral complementaria, eventual, inestable. En una palabra, secundaria.

Las principales expresiones de esa inserción “secundaria” de las mujeres en el mundo del trabajo serían:

a) Trayectorias laborales inestables e interrumpidas: las mujeres entrarían al mercado de trabajo no por un derecho o necesidad propia, un proyecto personal de más largo plazo, sino por una “falla” del hombre en el cumplimiento de su rol de proveedor; en consecuencia, también abandonarían la actividad económica (regresando a la situación de inactividad) en el momento en que eso fuera posible, ya que su lugar básico y esencial no es el mercado de trabajo sino la familia, la casa, el universo doméstico.

b) Poca importancia de los ingresos generados por su trabajo para el ingreso personal o familiar; también por definición: secundarios, complementarios, inestables;

c) La idea de que el mundo del trabajo (y las relaciones que en torno a él se constituyen) no es un lugar de constitución de identidad para las mujeres (o, como mínimo, es un lugar también muy secundario en ese proceso), y, mucho menos, de generación de prácticas asociativas, organizativas, colectivas. Esa imagen parece estar muy presente en ciertos sectores de la dirigencia sindical masculina y puede tener consecuencias importantes en la práctica y la acción sindical;

d) finalmente (y eso tiene una fuerte presencia en el imaginario empresarial), esa inserción secundaria, eventual, inestable, lleva, necesariamente a altos costos indirectos (asociados a la maternidad y al cuidado infantil) y a un comportamiento laboral poco adecuado: altas tasas de rotatividad y ausentismo, bajo grado de compromiso con la empresa, imposibilidad de hacer horas extras, trabajar en turnos nocturnos y viajar, lo que justificaría la exclusión de las mujeres de ciertos puestos y funciones en la industria (que se organizan en sistemas de turnos) y, tanto en la industria como en los otros sectores productivos, de los cargos superiores en la jerarquía de las empresas⁹⁷.

La problemática más importante se origina en las pequeñas y medianas empresas, donde los reemplazos de trabajadoras embarazadas son más complicados y la mentalidad empresarial se muestra anclada en el pasado, en aspectos de integración laboral.

⁹⁷ Op. Cit.

Es un hecho que algunos hombres que tienen derecho a la baja paternal se muestran reacios a solicitarla por miedo a la presión de la empresa o a un hipotético despido y esta actitud dificulta más aun la posición laboral de las mujeres.

OTRAS REALIDADES

Sin embargo existen países que están a la vanguardia en cuanto a la concepción de la familia y las responsabilidades o roles de sus miembros. Los Países Nórdicos y fundamentalmente Suecia son el gran ejemplo a seguir en materia de políticas sociales que articulen maternidad/paternidad y trabajo remunerado.

La experiencia de estos países se encuentra claramente descrita en un trabajo presentado en Bilbao para las XI Jornadas de Economía Crítica. Dicho trabajo fue presentado por María José Martínez Herrero, especialista en Economía Aplicada. Los puntos más significativos del mencionado trabajo se describen a continuación:

Los Permisos Parentales⁹⁸

Los países nórdicos fueron los primeros en utilizar este tipo de permisos que, entre otras cosas, permite incorporar en las políticas familiares el objetivo de igualdad entre hombres y mujeres cuando deciden cuidar y atender a sus hijos, siendo un derecho individualizado y no transferible entre los dos padres. Estos seguros parentales, que son de una larga duración, ofrecen amplias posibilidades para disfrutarlo y además procuran una generosa renta de reemplazamiento que se establece en función del salario anterior.

Suecia posee el privilegio de ser el primer país en establecer un permiso parental en 1974 abierto a los padres y a las madres, reemplazando al antiguo permiso maternal, y pudiéndolo disfrutar desde el primer hijo. Estos permisos (que en Suecia se denominan seguros parentales) persiguen cuatro objetivos: “a corto plazo, representa un sostén financiero para las parejas que acaban de tener un hijo puesto que el seguro parental reemplaza a su antiguo salario; un sostén financiero a largo plazo puesto que se les garantiza a cada uno de los padres el retorno al mercado de trabajo después del permiso; la igualdad entre los dos padres frente a las responsabilidades familiares, y finalmente el bienestar o el interés del niño, que tiene derecho a un contacto privilegiado con sus dos padres” (Brachet, 2001, 29). Pero fundamentalmente hay que tener presente que son las rentas de los padres las que constituyen los recursos de la familia y las que sustentan este seguro parental.

⁹⁸ Martínez Herrero, M. J. (2008). La Política de igualdad en Suecia: ¿Un modelo de igualdad? XI Jornadas de Economías Críticas. Bilbao, España. Trabajo disponible en internet en formato PDF.

Desde su primera legislación, este permiso parental no ha dejado de evolucionar, conociendo varias reformas y ampliaciones tanto en su duración como en su cuantía; así de una duración inicial de 6 meses con una remuneración que representaba el 90% del salario hemos pasado hasta los 16 meses (480 días) de duración que tiene en la actualidad con una prestación del 80% del salario (hasta un tipo máximo establecido) los 390 primeros días, mientras que los 90 días últimos se remuneran según una cuantía fija garantizada igual para todos.

Desde un principio este permiso se concibe para que tanto las madres como los padres tengan las mismas posibilidades de ausentarse de su trabajo para atender a su hijo sin sufrir una pérdida salarial; de esta forma el uso del permiso es enteramente abierto, pudiéndose repartir la totalidad de su duración entre la madre y el padre de la forma que crean más conveniente. A pesar de las campañas de formación y de sensibilización llevadas a cabo desde sus comienzos, dándole un papel fundamental a este permiso tanto para el logro de la igualdad como para el bienestar del propio hijo, los hombres no se han implicado suficientemente en los cuidados de la infancia.

Por dicha razón a comienzos de los años 90 el gobierno sueco crea el “mes del padre” reservando 30 días en exclusiva al padre y con carácter intransferible, de forma que si no lo asume la otra persona adulta no puede utilizarlo y se pierden. En una de las últimas reformas llevadas a cabo en el año 2002, este permiso se amplía en 30 días más para que el “mes del padre” se duplique pasando a tener 60 días, y ello con el objetivo de fomentar, incitar y motivar aún más a los hombres-padres en los cuidados e invocando al derecho que posee la infancia de ser atendidos por los dos (madre y padre) por igual; salvo los dos meses que tienen reservados en exclusiva, el resto del permiso se puede seguir utilizando de forma indiferente por cada uno de ellos.

Dentro de este bloque de los permisos parentales nos encontramos con otros tipos de permisos: el permiso paternal que es de uso exclusivo para el padre y posee una duración de 10 días teniéndolos que tomar dentro de los primeros sesenta días de vida de su hijo. Este permiso sí lo puede disfrutar el padre conjuntamente con la madre que disfrutará ella mientras tanto, de su permiso parental. El permiso parental temporal, incluye un subsidio de 120 días por hijo y año a repartir entre ambos padres, y tiene como objetivo atender y cuidar a los hijos enfermos hasta que alcancen la edad de los 12 años; y además puede utilizarse para poder atender a la educación de los hijos de entre 6 y 11 años; desde 1986 existen unos

“días de contacto” que se utilizan para que los padres puedan participar y colaborar con las actividades que se realizan en las escuelas o en las guarderías de sus hijo.

Esta es una política modelo que apunta a la igualdad y al derecho de los niño/as de contar con la presencia tanto de su madre como de su padre e incluso puede ser aplicada sin controversias en aquellas familias formadas por dos madres o dos padres. Sin embargo es importante aclarar que, a pesar de que estos países cuentan con un nivel de vida comfortable, inserción laboral plena y una población con un alto nivel educativo aún existen los estereotipos de género a la hora de signar roles y división de actividades.

Si bien es cierto que cuentan con cifras admirables, comparándolas con otras potencias y más aun con países en desarrollo como el nuestro, la realidad estadística indica que:

A pesar de que la presencia de hombres va aumentando progresivamente, los permisos parentales aparecen como obligatorios para las mujeres y opcionales para los hombres, ya que mientras el 100% de las mujeres asumen el seguro parental cuando son madres durante 400 días del permiso, el 43% de los padres solo los utilizan durante 90 días; es decir, a pesar de ser Suecia el país más igualitario en este aspecto, sigue siendo la mujer quien asume la responsabilidad del permiso bien sea a tiempo completo, utilizando el trabajo parcial o los horarios flexibles.

Aunque no se haya podido cambiar la mentalidad tan rápidamente como se esperaba, se ha conseguido que haya un vivo debate en torno al reparto del cuidado de los hijos y de la vida familiar trasladando el debate del ámbito familiar al ámbito laboral y aumentando el número de personas, tanto mujeres como hombres, que tienen una doble responsabilidad familiar y profesional. En definitiva “se trata de una elección de sociedad, fomentar la integración social a través de la inserción de las mujeres en el mundo laboral, de los hombres en la vida familiar, y de los niños en la vida social”

¿CÓMO ACORTAR NUESTRA BRECHA EN EL ÁMBITO LABORAL ENTRE MUJERES Y VARONES?

El caso de los Países Nórdicos, especialmente el de Suecia, son ejemplos que elevan los estándares de políticas de igualdad a niveles aun inimaginables para países en vías de desarrollo como Argentina, donde existen otras realidades económicas, sociales y culturales y donde en materia de violencia de género y trabajo se plantean otras prioridades como la ampliación de la inserción laboral de las mujeres, la igualdad de salarios (mismo trabajo, mismo rendimiento, igual salario para varones y mujeres) y la “desprecarización” laboral.

Sin embargo, existen alternativas que pueden ser implementadas para mejorar la situación laboral de las mujeres. Existen experiencias en Latinoamérica, puntualmente en Brasil, donde se desarrollan algunas alternativas para reducir la brecha de desigualdad laboral existente entre varones y mujeres.

Según un texto publicado por el Banco Mundial⁹⁹, se plantea un caso exitoso llevado a cabo en Río de Janeiro donde se buscó ampliar las oportunidades en el mercado laboral a través de un mejor acceso a la atención infantil, así como también a través de facilitar opciones de trabajo flexible.

“Madres pobres y vulnerables recibieron un servicio de guardería gratuito. “Dichos servicios pueden mejorar los márgenes de participación (el número de horas trabajadas o la obtención de puestos de trabajos más productivos) más que impulsar a las mujeres a ingresar a la fuerza laboral”, indican Azevedo y Cord.

Asimismo, señalan: “una de las opciones para los diseñadores de políticas es incrementar la participación masculina en la atención infantil y el trabajo en el hogar mediante políticas de licencia parental y la promoción de la crianza compartida.

Otra alternativa impulsada por un grupo de mujeres en Argentina consiste en modificar la ley de contrato de trabajo para que las mujeres puedan permanecer junto a sus hijos durante 180 días luego del nacimiento. “Por un Posnatal de 6 meses para todas las argentinas”, este pedido surge frente a la problemática que se plantea ante la licencia de maternidad que empuja a muchas mujeres a tener que elegir entre maternidad o desarrollo laboral/profesional, o a tener que abandonar a sus hijos muy chiquitos en manos extrañas o, en el mejor de los casos, de algún familiar.

Los motivos:

* Porque nuestros hijos deben tomar la teta hasta los 6 meses de manera exclusiva, como recomiendan la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría.

* Porque la lactancia materna tiene muchísimos beneficios tanto para el bebé como para la mamá, tanto a nivel físico como emocional.

⁹⁹ Azevedo, J. P. y Cord, L. (2012). Mujeres latinoamericanas impulsan prosperidad regional. Banco Mundial. Estudio sobre: Trabajo y familia: mujeres latinoamericanas en búsqueda de un nuevo equilibrio. Disponible en: <http://blogs.worldbank.org/latinamerica/es/mujeres-latinoamericanas-impulsan-prosperidad-regional>

* Porque el Estado debe velar por la integridad de todos sus ciudadanos desde el mismo momento de su nacimiento.

* Porque los papás también necesitan pasar más tiempo con sus familias, al menos 10 días hábiles, ya que son el principal sostén de la mujer luego del parto.

* Porque sólo con su presencia constante la madre puede afianzar el vínculo de apego con su hijo y garantizar su desarrollo emocional en el momento de mayor vulnerabilidad del ser humano.

* Porque si les preguntamos, seguro que los bebés eligen quedarse con sus mamás y serán, en un futuro, niños y niñas con más felicidad.¹⁰⁰

Si bien el reclamo de estas mujeres está aún muy lejos de ser atendido el Senado aprobó por unanimidad en el año 2003, algunas modificaciones a la ley de contrato de trabajo.

Dichos cambios, aprobados por la cámara de diputados, consisten en ampliar gradualmente la licencia para los padres de recién nacidos e iguala este derecho a los padres adoptivos.

Tanto para uno como para otros el primer año que rija la norma la licencia será de 15 días, 3 años después llegará a 30 y al cumplir 6 años, deberá ser de 45 días.

Este mismo proyecto modifica la licencia por maternidad para las madres adoptivas, actualmente de 10 días, y la extiende a 45. También amplía la licencia para los casos de partos múltiples.

Un detalle aún más innovador es el hecho de que, según lo planteado por la Diputada María José Lubertino del Bloque Socialista, “La licencia por paternidad y las ampliaciones de las correspondientes a las madres de recién nacidos no significará un mayor costo patronal: es el Estado a través del ANSES, el que se hará cargo de pagarlas”¹⁰¹.

Los principales cambios introducidos por el proyecto a la Ley de Contrato de Trabajo son:

¹⁰⁰ http://entremujeres.clarin.com/hogar-y-familia/embarazo/licencia-Postnatal-dias-TODAS-argentinas-maternidad-meses-ley-cambios_0_469753095.html

¹⁰¹ Carabajar, Marina (2014). Un Derecho también para papá publicado el 5/12/03. Recuperado en: www.pagina12.com.ar

Al otorgarles a las madres adoptivas 45 días de licencia a partir de que reciben la guarda las equipara con las mamás biológicas. Hoy, las trabajadoras que adoptan sólo tienen 10 días de licencia.

En los casos de parto múltiple o adopción múltiple, se le otorga a la madre de los recién nacidos 10 días por cada hijo a partir del segundo, y a los padres, 5 días por cada hijo.

Si muere en el parto la madre del hijo recién nacido del trabajador, éste gozará de 45 días de licencia. Hoy no tiene más que tres días francos.

Tanto padres biológicos como los adoptivos podrán gozar de una licencia por paternidad que se irá ampliando gradualmente a partir de la entrada en vigencia de la ley: de esta forma, el primer año será de 15 días; en un plazo no mayor a 3 años deberá extenderse a 30 días y a los seis, quedará en 45 días. Hoy los trabajadores que adoptan no gozan de ningún derecho.

Sin embargo, la licencia por paternidad es de carácter optativo. La diputada Lubertino plantea al respecto que debido a la precariedad del mercado laboral es posible que los trabajadores rechacen el beneficio.

Los cambios propuestos por el proyecto son positivos y vienen a corregir desigualdades mal fundamentadas entre madres biológicas y adoptivas entre otras ampliaciones de derechos y beneficios, sin embargo, el hecho de que un logro tan importante como la licencia por paternidad sea optativo deja el padre de familia, una vez más, mal posicionados frente a su empleador así como frente a su rol paterno.

Sería un acierto para estos cambios propuestos girar la mirada hacia Suecia, y promover la posibilidad de que la licencia pueda ser tomada primero por la madre y cuando ella se reincorpora a su empleo, el padre entrar en licencia. Sin embargo este proyecto establece que los trabajadores sólo podrán usar la licencia a partir del nacimiento de su hijo.

MOBBING MATERNAL

Mobbing Maternal es la denominación que se le otorga al maltrato de las mujeres embarazadas dentro de sus ámbitos laborales.

Por definición el *mobbing* maternal es “el acoso sistemático contra las mujeres embarazadas. En este tipo de acosos el objetivo principal no es la eliminación ni la

destrucción de la mujer, que hasta el momento de quedar embarazada podía ser una trabajadora bien integrada en el grupo y no considerada amenazante por el acosador”¹⁰².

El acosador normalmente es el dueño o jefe de la empresa y lo que busca con el *mobbing* a la mujer embarazada es “advertir”, tiene un objetivo ejemplarizante. Es decir, con el acoso a esa mujer embarazada quiere que toda las demás mujeres de la empresa sepan lo que pueden esperar si cometen el “error” de quedarse embarazadas y no se atrevan a hacerlo. Las organizaciones que se dedican a analizar este tipo de situaciones sostienen que “a pesar de que no se busca la eliminación o destrucción de la víctima, por desgracia las consecuencias físicas y psicológicas aparecen igualmente”¹⁰³.

Este tipo de acoso atenta directamente contra la libertad de elección de muchas mujeres que no pueden elegir quedarse embarazadas sin ver peligrar su puesto de trabajo o sin ser sometidas a humillaciones y malos tratos.

La Fundación Madrina es una de las organizaciones españolas más prestigiosas y tiene como objetivo la promoción, ayuda y dignificación de la mujer y la infancia, en general, y de las madres y su maternidad en particular, preservándolas frente a cualquier tipo de dificultad, riesgo, abuso, violencia o desigualdad social.

Esta Fundación se ocupa de manera constante del *mobbing* maternal y plantea algunas cifras que ayudan a entender la verdadera magnitud de la problemática en España.

*El embarazo es una de las primeras causas de despido. 9 de cada 10 mujeres embarazadas sufren *mobbing* maternal en su trabajo (el 25% son echadas).

Estas cifras no pueden ser comparadas con estadísticas locales sobre el tema debido a que no se han encontrado estudios publicados, e instituciones consultadas como el Área de la Mujer de la Municipalidad de Rosario dice no estar abordando el tema desde su intervención directa ni desde la investigación estadística.

Las estadísticas mencionadas se reflejan en otras cifras como por ejemplo que:

*el 60% de las españolas consideran que la maternidad es un obstáculo para su carrera

*18% de las trabajadoras denuncian que en su organización se producen presiones contra las mujeres por causa de su maternidad.

¹⁰² <http://www.elmobbing.com/mobbing-maternal-acoso-laboral> (2011)

¹⁰³ <http://www.mobbingmaternal.org/?p=1>

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer”. Michel Odent

*8% de las trabajadoras acosadas refieren como causa principal del *mobbing* su maternidad.

*16% de las trabajadoras acosadas lo son por reivindicar derechos laborales.

*16% de las trabajadoras acosadas denuncian serlo por razón de género.

Estos datos nos muestran que la gestación es considerada un problema o un gasto económico para el empleador y esto genera hostilidad al interior de las relaciones laborales, por ello muchas mujeres deben sacrificar su maternidad en post de su trabajo, o lograr metas socio-laborales sacrificando su maternidad. Esta situación afecta a las mujeres que deben compatibilizar la maternidad con su rol en el mercado de trabajo, y no perjudica a aquellos empleados varones que desempeñan la paternidad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Trabajar la problemática “Violencia en el Embarazo”, resultó un desafío.

Si bien en los últimos años existió un interesante auge teórico, mediático, institucional y legislativo sobre: la violencia familiar, la violencia de género, la igualdad de derechos entre mujeres y varones; muchas de las situaciones que incurren en atropellos a los derechos de las mujeres no son trabajadas desde la particularidad. Este fue el caso del tema abordado por nuestra tesina. Fue difícil encontrar material específico que trate la posición puntual y real de las mujeres embarazadas en nuestra sociedad.

Si bien es sabido que existe una conquista de grandes espacios por parte del género femenino y una mayor visibilización y desnaturalización de la violencia de género, las mujeres aún nos encontramos posicionadas en situación de desigualdad frente a una sociedad signada por el machismo. Esta inequidad nos vulnera, y esta vulnerabilidad no deja exentas a las mujeres embarazadas.

Los mandatos sociales establecen una relación simbiótica entre mujer y madre, planteando la maternidad como situación *sine quanon* de la mujer y el embarazo como estado ideal de “contención” y “amor”.

A lo largo de este trabajo hemos descripto como a pesar de que se le atribuye gran valor a la maternidad en todas las sociedades, el embarazo no siempre parece ofrecer “protección” contra la violencia perpetrada por parejas (u otros miembros de la familia) e incluso por otros actores de la trama social. Por el contrario, como pudimos ver a lo largo de esta tesina, según algunos textos e investigaciones, las mujeres pueden sufrir más o peor violencia durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida. Tal como hemos señalado en este trabajo, la violencia que tiene como víctima a la mujer embarazada puede ser perpetrada desde diferentes ámbitos a la vez: en el seno de la familia, en el marco de los servicios de salud y también en el interior del mercado laboral.

Es decir, la violencia no sólo se hace presente en el interior del hogar sino también en el marco de la vida pública donde el Estado es responsable tanto por acción como por omisión. En Argentina, tanto desde el Estado como desde distintas organizaciones de la sociedad civil, se han aumentado las estrategias para lograr evidenciar la violencia de género y, en consecuencia, se han desarrollado políticas de prevención y de sensibilización; sin embargo

estas medidas no son suficientes debido a la falta de registros y estadísticas unificadas que impide medir la real magnitud del problema y a la carencia de investigaciones exhaustivas que trabajen sobre la violencia y sus diferentes ramificaciones.

El hecho concreto de la violencia obstétrica, tiene que ver en su mayor porcentaje con la desinformación o la ignorancia, tanto de las futuras madres, de los profesionales de salud y de la sociedad en general. Es nuestro deber como ciudadanas conocer cuáles son nuestros derechos para poder exigir su cumplimiento, pero más importante aún es el deber de los profesionales de la salud, los directivos de las instituciones y demás colaboradores de los servicios de salud, de cumplir con su obligación: respetar la legislación vigente y controlar que dentro del sistema de salud, ya sea en el sector público o en el privado, los derechos de las mujeres embarazadas no sean avasallados.

La clave está en la forma en que las instituciones organizan sus modelos de acción, los cuales no son azarosos o espontáneos, sino que son el resultado de acciones que han sido instituidas por los actores posicionados en el poder.

El modelo biomédico tiene determinadas características patriarcales que hacen que las personas que trabajan en las instituciones de salud se manejen de forma despersonalizada y con escaso respeto por las inquietudes de las personas que consultan. Y estas formas no exceptúan a las mujeres embarazadas.

Para generar un cambio real al interior de los efectores de salud, es necesario instalar un modelo de análisis y de acción basado en una perspectiva psicosocial y de género.

Si la atención se basa en un concepto de salud integral, que incluya aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales; las personas atendidas en este marco se sentirán fortalecidas en su condición humana y se favorecerá su autodeterminación y su autonomía.

La apuesta “interdisciplinaria” es central a la hora de pensar en el desafío de terminar con la violencia obstétrica, que se encara con la nueva ley de parto respetado, en tanto posibilita el diálogo entre conocimientos profesionales y no profesionales, saberes populares, de la propia comunidad, de la propia mujer embarazada; porque a partir de habilitar esa heterogeneidad de miradas y saberes es posible generar un contrapeso a las prácticas hegemónicas de la atención, que se sostienen en el conocimiento científico profesional del obstetra, aunque también del médico clínico y enfermeras. Decimos

entonces que el trabajo interdisciplinario bien abordado puede disminuir significativamente la violencia obstétrica.

De la misma forma la interdisciplina debe actuar a la hora de ocuparnos de la violencia familiar y, en nuestro caso, de las embarazadas víctimas de violencia; fomentando la participación social, la educación para la salud; nutriendo de nuevos conocimientos a los diferentes profesionales.

El rol de los trabajadores de salud es fundamental en lo que respecta a la problemática de la violencia contra la mujer. Es sumamente necesario trabajar con ellos desde la capacitación para poder desnaturalizar las situaciones o actos de violencia. A partir de la develación de los mismos se construyen las transformaciones y se evidencian con claridad los atropellos a los derechos de las mujeres embarazadas. La capacitación no solo servirá para disminuir la violencia que ejercen los mismos trabajadores, sino también para poder detectar cuando una paciente es una potencial víctima de violencia y así abordar la problemática de una manera integral y más eficaz.

Es evidente la complejidad de la realidad en sus distintos escenarios, aun en los escenarios más pequeños, como los espacios barriales, por lo que es inminente ampliar y complejizar nuestras herramientas tanto las teóricas como las prácticas. En los espacios institucionales donde no se cuenta con otros profesionales, el desafío radica en construir el equipo, trabajando interinstitucionalmente. En la práctica del día a día, es muy común que realicemos articulaciones con profesionales de diferentes instituciones u organizaciones, el punto sería trascender la “articulación” (interconsulta o derivación) hacia una construcción interdisciplinaria.

Con respecto a la violencia laboral a la que se somete en muchos casos a las mujeres cuando se encuentran transitando su período de embarazo y luego ante las responsabilidades advenidas con la llegada de su hijo/a; nos encontramos frente a un terreno aún mucho menos trabajado. A nivel local no se encontró bibliografía o trabajos de investigación que analicen la situación de las mujeres embarazadas dentro del mercado laboral, pero sí hemos recopilado material de estudio y estadísticas correspondientes a otros países. También la Ley de Contrato de Trabajo vigente establece ciertas normativas con el fin de regular y proteger la condición de trabajadora de las mujeres embarazadas. El hecho de que la ley se exprese puntualmente sobre las embarazadas connota una situación de vulnerabilidad previa a la sanción de la ley. Seguramente en 1976, año del que data la sanción de la ley, estos

artículos lograban garantizar la mantención de la fuente de trabajo y cubrir así la vulnerabilidad laboral de las mujeres, sin embargo en la actualidad estos artículos no son suficientes e incluso la discriminación “positiva” que ejercen perjudican a las mujeres que proyectan, o se supone por su edad, tienen intenciones de planificar un embarazo. Estos artículos hacen que sea mucho más rentable para el empleador contratar hombres y que además las mujeres sean vistas con malos ojos o reciban comentarios negativos cuando informan su estado de embarazo.

Existe una deuda en cuanto a la visibilización de la violencia laboral aplicada a las mujeres embarazadas. Esta es una de las diversas maneras en las que se ramifica la violencia de género.

La violencia laboral hacia las embarazadas es una expresión más de nuestra sociedad machista sobre la intención de relegar a la mujer al ámbito privado – doméstico - y llamarla a cumplir exclusivamente su rol de madre-cuidadora.

Y es con respecto a este punto que observamos una gran ausencia de los sindicatos, compuestos en su mayoría por hombres, que incluyan en la lucha la necesidad de acercar la brecha entre las madres trabajadoras y los padres. Elevar este reclamo no solo mejoraría las posibilidades de la mujer ante el empleador, sino que también ayudaría al varón a desempeñar con más presencia su rol de padre.

Quizás en este caso, la voz de los sindicatos solo se active cuando la problemática sea socialmente visibilizada en su real magnitud, y para ello una vez más las organizaciones de la sociedad civil serán el punto clave. Las organizaciones de mujeres de la región deberán alzar sus voces con más fuerza sobre este reclamo, decimos de la región porque la desigualdad en la legislación ante las futuras madres y los futuros padres solo exceptúa a algunos países europeos, que son modelos en legislación laboral.

Este trabajo demuestra una vez más una de las grandes premisas de la violencia de género: “La violencia de género no discrimina edades ni clases sociales”. Como hemos visto en este caso, la violencia en el embarazo afecta a mujeres jóvenes, en edad reproductiva, de todas las clases sociales incluyendo a las que se encuentran insertas en el mercado de trabajo y tienen acceso al sistema de salud privado. Incluso en el caso de la violencia obstétrica, podemos deducir que: desde la salud pública existe mayor preocupación por la problemática y se está trabajando en minimizar o erradicar las

situaciones de violencia en que incurren de manera natural los trabajadores de la salud. Por lo tanto podemos decir, que en este caso, las mujeres de clases sociales más acomodadas que cuentan con cobertura médica prepaga tienen más posibilidades de sufrir violencia obstétrica en clínicas o sanatorios privados que aquellas mujeres que se atienden en maternidades a cargo de la salud pública.

La vulnerabilidad de las mujeres no se modifica durante el embarazo, y si éste es “un estado ideal lleno de amor” es algo totalmente subjetivo que solo tiene que ver con la visión social existente sobre la gestación y no con la inclusión social de la mujer embarazada. El mandato social de la mujer-madre viene resonando en nuestras cabezas desde el inicio de los tiempos y solo tiene como objetivo velar nuestra existencia femenina con el rol materno, el cual vendría a “definirnos” y “completarnos” como mujeres.

Slavoj Žižek en su libro “El títere y el enano” plantea la otredad de la mujer apoyándose en la división de la palabra inglesa “mother” [M(other)]. Madre: como eso “otro”. Si analizamos la existencia de “lo otro” es porque hay algo más, y eso es “la Mujer”: mucho más que una madre.

BIBLIOGRAFÍA

- Abalos E. (2009). Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales: Comentario de la BSR. Recuperado el 2 de marzo de 2009. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Abramo, L. (2004). ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajo secundaria? Estudios Feministas. Florianópolis. Disponible en internet en versión PDF.
- Argentina Investiga, Divulgación y Noticias Universitarias. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Cs. Económicas. 12/03/12.
http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=las_desventajas_de_la_mujer_en_el_mundo_del_trabajo&id=1475#.U3tWD3Za-So
- Asamblea General de las Naciones Unidas. “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”. 20 de diciembre de 1993.
- Azevedo, J. P. y Cord, L. Mujeres latinoamericanas impulsan prosperidad regional. Banco Mundial. Estudio sobre *Trabajo y familia: mujeres latinoamericanas en búsqueda de un nuevo equilibrio* en <http://blogs.worldbank.org/latinamerica/es/mujeres-latinoamericanas-impulsan-prosperidad-regional>
- Baccifava, G. (2013). Detener el fenómeno intervencionista en Por un parto más humano.
<http://mater-pater.blogspot.com.ar/12/por-un-parto-mas-humano-partos-detener.html>
- Barrancos, Dora (2010). Dossier: El trabajo femenino en el siglo XX: nuevas miradas y planteos de la historia de la mujer y los estudios de género. La puñalada de Amelia recuperado en: www.memoria.fhce.unlp.edu.ar
- Belizán, J., Karoliski, A. y Althabe, F. (2001). Entre los mitos y las comodidades. José Belizán, Ariel Karoliski y Fernando Althabe. *Página 12*.
<http://www.pagina12.com.ar/01-12/01-12-26/pag17.htm>

Bertolo, Maricel (2005). Trabajo femenino en Argentina: Primeras expresiones legislativas. 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. aset (asociación argentina de especialistas en estudios del trabajo). <http://www.aset.org.ar/congresos/7/18007.pdf>

Bonino Méndez Luis (2004). Micromachismos. *Revista Cibeles 2*. Ayto de Madrid recuperado en www.luisbonino.com

BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Camacaro Cuevas, Marbella (2009). Tergiversaciones sobre la Violencia Obstétrica. Recuperado en www.insurrectasypunto.org

Cacararo Cuevas, Marbella (2009). Otra mirada de la atención obstétrica. Palabras de Mujer (17 años informando y opinando sobre género en Venezuela) recuperado en: <http://palabrademujer.wordpress.com/2009/09/26/otra-mirada-de-la-atencion-obstetrica/>

Carabajar, Marina (2013). Un Derecho también para papá. Publicado el 5/12/03 www.pagina12.com.ar

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986. Ginebra: OMS –

Carranza, J. P. y Peralta P. I. (2012). Empleo y género: análisis de las preferencias de los empleadores como determinantes del acceso al empleo. El caso de la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista Nomadías*. Número 16, 137-163. Disponible en internet en versión PDF.

Casa de la Mujer, Indeso Mujer y Área de la Mujer (2003). Redes y prácticas de prevención de la violencia hacia las Mujeres en la ciudad de Rosario. Disponible en www.casadelamijer.org.ar

Con todo al Aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos – INSEGNAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo).

De Beauvoir, Simone (2007). El segundo sexo 1999. Buenos Aires: Editorial Sudamericana S.A. bajo el sello Debolsillo.

De Moraes, Denis (2007). La cultura crítica en América Latina. *Contratiempo Revista Cultura y Pensamiento*. N°2. Recuperado en:
www.revistacontratiempo.com.ar/moraes_imaginario_cultura_hegemonia.htm

Díaz, Esther (1997) ¿Qué es el Imaginario Social?, en la ciencia y el imaginario social. Bs. As.: Biblos

Entre Mujeres – Clarín - http://entremujeres.clarin.com/hogar-y-familia/embarazo/licencia-Postnatal-dias-TODAS-argentinas-maternidad-meses-ley-cambios_0_469753095.html

Entrevista a la Dra. Cristina Giménez - Médica Obstétrica y Ginecóloga Mat. 10002 –
22/04/2014

Entrevista a la Lic. Florencia Luccarelli – Trabajadora Social - Mat. 906 – junio 2014.

El Mobbing - <http://www.elmobbing.com/mobbing-maternal-acoso-laboral> Publicado:
27/06/2011 – Visto: 02/07/2014.

El parto es nuestro. Ingesta de alimentos y líquidos. Recuperado en:
<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/ingesta-de-alimentos-y-liquidos>.

El parto es nuestro. Rotura artificial de la bolsa (Amniorexia). Recuperado en:
<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis>.

Errandonea, Alfredo (h). ¿Metodología cualitativa versus metodología cuantitativa?
Cuaderno del Clacso N°35. Montevideo.

Frauen_konzepte/projektseiten/konzeptebereich/je_ciudadania/contexto.html Revisado
30/3/12.

Gómez Betancourt Ricardo. Violencia doméstica durante el embarazo. Recuperado en:
www.maternofetal.net/3violencia.html

Giberti, Eva (2009). Parto Vertical. Recuperado en: www.evagiberti.com/género/parto-vertical/

Jelin, E. (1997). Familia y unidad doméstica: Mundo público y vida privada. Bs. As.: El Centro de Estudios de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Jelin, E. (1997). Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina, en: *Ágora. Cuadernos de estudios políticos*, año 3, N° 7: Ciudadanía en el debate contemporáneo. Recuperado el 30/3/12 de:

http://www.lai.fuberlin.de/es/elearning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzepbereich/je_ciudadania/contexto.html

Jelin, Elizabeth. Recuperado en: <http://www.lai.fuberlin.de/es/elearning/projekte/>

Charla a cargo del Dr. Víctor Ibarguren médico obstetra (Mar del Plata) - MITOS Y REALIDADES DEL PARTO” – 23 de julio de 2013 (desgrabación del audio).

Martínez Herrero, M. J. - La Política de igualdad en Suecia: ¿Un modelo de igualdad? – XI Jornadas de Economías Críticas – Bilbao, España – Trabajo disponible en internet en formato PDF

Monitoreo fetal intraparto recuperado en: www.bebesencamino.com

Charla a cargo de las Doulas y del Dr. Gustavo Baccifava Jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña. Semana mundial del parto respetado. 20 de mayo de 2013 (desgrabación del audio).

Gen Salud. Hoja informativa de programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la OMS.

Ley 20744. Ley de Contrato de Trabajo. Sancionada en 1976 (vigente).

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia – República Bolivariana de Venezuela – Disponible en: www.venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

Liljestrand J. (2003). Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Makuch MY. (2010). Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Martis R. (2007). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Mobbing Maternal. Recuperado en: <http://www.mobbingmaternal.org/?p=1>

Moljo Carina B. (2001). Mujeres en la sobrevivencia. *Construyendo con el trabajo Social* - Rosario: Ed. UNR.

Odent Michel (2006). El Granjero y el Obstetra. Bs. As.: Ed. Creavida. Cap. 11. Pág. 83.

Paredes-Solís, S.; Villegas Arijón, A. y otros (2005). Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud Pública de México*. Vol. 47. N°5.

Peker Luciana (2011). Trabajo Pendiente. *Página 12*. Recuperado en: <https://acuarela.wordpress.com/2011/03/10/mujer-y-trabajo-situacion-laboral-de-las-mujeres/>

Puig G, Sguassero Y. (2007). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

XVI Simposio de actualización de ginecología y obstetricia para médicos generales 18 y 19 de febrero/2011 - www.slideshare.net/glorianarvaez/monitoria-fetal-congreso-de-residentes-2011.

Revista Investigación y educación en Enfermería. (2001). Versión impresa: 0120-5307. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Recuperado en: www.reaalyc.org.

Revista Saúde Pública (2004). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Recuperado en: www.fsp.usp.br/rsp

Rovati, Lola. La mitad de las embarazadas sin trabajo. Recuperado en: www.bebesymas.com/noticias/la-mitad-de-las-embarazadas-sin-trabajo

Sautu, R. Sautu, R. (ed.) (2004). El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores, Buenos Aires: Lumière (second edition; first edition 1999, Editorial Belgrano).

Szejer, M. y Caumel-Dauphin, F. (2006) ¡Las mamás y los bebés primero! Por una medicalización razonada en la maternidad. Pág. VI, pág. 89. Bs. As.: Ed. Creavida.

Taborda M, Copertari S, Ruiz Briz E, Gurevich E, Firpo V. (2005). Ciencias sociales e interdisciplinariedad: relación entre teoría y práctica. Recuperado en:

http://www.puentes.gov.ar/educar/servlet/Downloads/s_colecciones_fin/aun0402.pdf

Teubal, Ruth y colaboradoras (2001). Violencia familiar, trabajo social e instituciones. Bs. As.: Ed. Paidós Tramas Sociales.

Tiburcio Sainz, M.; Natera Rey, G. y Berenzon Gorn, S. (2010). Utilización de Servicios de atención a la Salud Mental. Vol. 33 N°3.

Unicef (1999). Manual de capacitación Consejo Nacional de las Mujeres.

Vasilachis, I. (2006). Estrategias de Investigación Cualitativa en Cap. I. Barcelona, España: Gedisa Editorial.

Valdez, R., Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres, análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*. Vol. 21. N°8.

Violencia contra la Mujer recuperado en: www.onu.org.ar/Ggenero.aspx

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer”. Michel Odent

ANEXOS