

2018

Intervención social, género y maternidad. Un análisis del abordaje de doulas y trabajadorxs sociales en los partos-nacimientos desde un enfoque descolonial

Rabinovich, Guadalupe

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/187>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Departamento de Trabajo Social

Tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social

Tesista Guadalupe Rabinovich

Directora María Eugenia Hermida

Denominación: “INTERVENCIÓN SOCIAL, GÉNERO Y MATERNIDAD. UN ANÁLISIS DEL ABORDAJE DE DOULAS Y TRABAJADORXS SOCIALES EN LOS PARTOS-NACIMIENTOS DESDE UN ENFOQUE DESCOLONIAL ”

Agosto, 2018.



“A aquellas otras personas que quieran contribuir en la construcción de un mundo mejor, les recomiendo encarecidamente que consideren la ciencia —la ciencia humanista— como un medio de conseguirlo, un medio excelente y necesario, quizás el mejor de los medios.”

Abraham Maslow, El Hombre Autorrealizado.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
ACLARACIONES	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. ALGUNAS CONSIDERACIONES EPISTEMOLÓGICAS	18
1. Maslow y el enfoque holístico (el ser humano como un todo integrado y organizado).	19
2. Enfoque descolonial.	21
3. Perspectiva genealógica.	25
4. Modelo Médico Hegemonico.	27
4.1. Una caracterización del Modelo Médico Hegemónico	28
4.2 Sobre la medicalización de la vida y la confianza depositada en el Modelo Médico hegemónico	31
4.3 Sombras del Modelo Médico Hegemónico y luces auspiciosas.	32
CAPÍTULO 2: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	36
1. Enfoque metodológico	37
2. Objetivos	37
3. Universo de Unidades de Análisis	38
4. Muestreo y técnicas de recolección de información	38
5. Instrumentos de recolección/ construcción de datos	39
6. Interpretación de los datos	41
7. Técnicas de análisis de datos	42
8. Fuentes de datos a emplear	42
CAPÍTULO 3: PROBLEMATIZANDO LA SALUD.	44

La salud como construcción colectiva, legitimada.	45
Sobre el impacto de la racionalidad moderna en la relación ser humano-naturaleza y el surgimiento de nuevos paradigmas	48
Sobre el saber y el poder	50
Reflexiones sobre el poder, Ley 26.529 de Derechos del Paciente	56
CAPÍTULO 4: GÉNERO SALUD Y MATERNIDAD	59
Sobre la regulación de la sexualidad (de ausencias y presencias)	60
Las relaciones de género y la mente patriarcal	62
El cuerpo como espejo: lugar de reflejo de los vínculos humanos.	65
Acerca de la violencia obstétrica	71
Pequeña GENEALOGÍA DEL EMBARAZO-PARTO-NACIMIENTO (y de cómo esto pasa de ser un evento sexual íntimo a ser algo público instituido.)	74
Necesidades de la mujer en el proceso de parto-nacimiento	79
Hacia el cambio de paradigma en atención perinatal.	83
• Declaración de Fortaleza 1985: recomendaciones para los servicios perinatales del mundo.	83
• Normativa en Argentina	87
• El Modelo de Maternidades Centradas en la Familia y la transformación de la cultura organizacional	88
• Ley 25.929, de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento	91
CAPÍTULO 5: TRABAJO SOCIAL Y CAMPO SALUD (de discursos, prácticas y reflexiones)	93
Constitución del Trabajo Social en Argentina y del campo Salud. (Acerca de los mandatos fundacionales)	94
Acerca de la <i>intervención</i>	103

CAPÍTULO 6. PRÁCTICAS EMERGENTES: LAS DOULAS.	106
Acerca del surgimiento y razón de ser de las Doulas	107
Qué hace una doula.	108
Las Doulas en el mundo	113
CAPÍTULO 7: LA SALUD Y LA MATERNIDAD PROBLEMATIZADAS.	115
Ley Federal de Trabajo Social, Trabajadorxs sociales y Doulas (De sinergias, búsquedas y encuentros.)	116
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	158
ANEXO.	165
Protocolo de entrevistas a trabajadorxs sociales	165
Protocolo de entrevistas a doulas	167
BIBLIOGRAFIA	171

AGRADECIMIENTOS

A mi compañero y mi hijo, por acompañarme en este momento tan importante de mi vida, de cierres, aperturas y nuevas búsquedas y encuentros, conmigo, y con ellos.

A mi viejo, mi vieja y mis hermanos, por su amor incondicional, su apoyo y sostén, su ejemplo inspirador.

A la familia, por vivir conmigo este proceso y sentipensar juntxs y hoy disfrutar a mi lado esta enorme alegría.

A Noe, con quien compartimos la carrera y la maternidad, dos grandes elecciones a las que nos entregamos y fuimos descubriendo juntas y de a poco, a la par que nos fuimos des-cubriendo y transformando,

A las mujeres y varones con quienes nos parimos en el mundo de la mapaternidad.

A Paula, Elisa y Fernanda, por su convicción, su integridad y su contención fundamental en momentos en que la emocionalidad y lo complejo del recorrido hicieron tambalear mi caminata.

A la música, el candombe, el teatro, la danza, la permacultura, el hockey, por nutrirme y hablarme en su lenguaje de lo colectivo, del mundo mejor que está viniendo, de la unión, la sororidad, la alegría.

A la vida, a las personas y experiencias que este recorrido me mostró y que forman parte de mi.

A la Madre Naturaleza, por ir compartiéndome sus secretos y expandir mi corazón.

A las soñadoras y soñadores que se brindaron a crear un mundo más justo y abrieron camino, desafiando el poder de turno. Al feminismo que está floreciendo, que inspira y que dará frutos jugosos y abundantes para compartir con todos y todas.

A Clau por las fotografías que acompañan el trabajo; su mirada creativa refleja de modo visual y vibrante simbolismos y sentipensares que están expresados en este texto.

A Chofo, por las ilustraciones sensibles, profundamente femeninas que embellecen y aportan curvas al trabajo.

A Romi, Almendra y Mati por compartir las imágenes de su trabajo de parto y parto nacimiento que figuran en el Anexo; son la muestra de que otro modo de parir y nacer es posible.

A Paloma por su vuelo que se expresa en la ilustración de la última página.

A Ugi, por su paciencia, su compartirse enteramente. Por su sonrisa, su soñar, su enseñarme con infinita humildad.

Gracias gracias gracias.

ACLARACIONES

No soy la misma que al iniciar esta investigación¹. A modo de ejemplo, la palabra "*humanización*", formó parte del protocolo de entrevistas, y luego fue tomando otro peso, mostrándome otras aristas, transformando mi mirada en relación a ella. Decidí dejarla en distintas instancias del escrito, haciéndome cargo del complejo proceso de conocer algo, y de mi ignorancia siempre abierta a ser modificada por la luz que va echando el transitar un camino. *Humanizar* en el sentido de "integrar" aspectos humanos fundamentales; reconocernos animales, mamíferxs humanos racionales, dando lugar a todo eso que sucede más allá de la razón, a eso que nos puebla de instinto y sabiduría. Habitar lo humano que nos toca más allá de lo repetitivo o rutinario; que el sentido invada las prácticas y nos colme de razón de ser, lo que elegimos ser.

Entiendo este trabajo como una búsqueda, un primer paso que despierta interrogantes profundos en mí así como respuestas provisionarias que me conducen a seguir indagando. A bucear en el universo de la Sociología de las Emergencias, en el desarrollo de la Epistemología del Sur que precisan nuestros pueblos expropiados de su historia, en la necesaria decolonialidad que implica de-construir-nos.

Indagué con la intención de comprender algunas raíces buscando acontecimientos que hayan sido decisivos (según mi modo de ver) en encauzar los procesos hacia un lugar u otro; en tanto proceso político y subjetivo de disputa y/o construcción de sentido.

¹ Utilizaré la primera persona del singular en esta tesis, en reemplazo de opción más extendida de la tercera persona o narrador omnisciente, lo cual responde a una posición epistemológica que busca sostener una coherencia entre los postulados teóricos que guían el trabajo, las opciones metodológicas y el estilo de escritura. De esta forma adhiero al planteo de la epistemología feminista (Hil Collins, 1999 ; Hermida, 2017) que brega por la puesta en valor del lugar de enunciación de la mujer, haciendo uso de la primera persona, y del femenino para dar cuenta del contexto de producción material y simbólico de sus producciones académicas. Decidí usar la "x" para hablar de varones y mujeres al mismo tiempo; apelando a nuestra condición de seres humanos, y refiriéndome específicamente al género cuando de eso se trata.

El feminismo que se manifestó en las calles este último tiempo es un sueño hecho realidad que recién comienza; utópico años atrás, cuando empecé esta investigación. La humanidad, la deconstrucción de lo femenino avanza a pasos de gigante. Este trabajo es la punta del ovillo de sentipensares que iré tejiendo a medida que el camino avance.

INTRODUCCIÓN



En tiempos donde la salud aparece instalada en la contradicción de constituirse como un derecho o una mercancía, donde se establece una Ley para "respetar los partos" (Ley Nacional N° 25.929/ 2015), donde los debates sobre género crecen y abren nuevos caminos y derechos, (Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres N°26.485/ 2009) es de importancia reflexionar sobre el abordaje del/la trabajadorx social del ámbito de salud en relación al parto- nacimiento, por ser una profesión defensora de los derechos humanos, tal como se reconoce en la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072, sancionada en 2014.

Cabe también indagar sobre el posicionamiento del/la trabajadorx social frente a la violencia obstétrica que atraviesa al campo de la salud. Se entiende a la violencia obstétrica como un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. (Magnone Aleman, 2011)

Es en este contexto, donde el Modelo Médico domina el campo de la salud, que emerge una práctica que acompaña a la maternidad desde un lugar sensible y singular: las doulas.

La doula es una persona experimentada en el nacimiento que acompaña a la maternidad en sus diversas aristas. Etimológicamente, el término doula proviene del griego y significa "sirviente". Lo entiendo como mujer que está al servicio. Actualmente diversas investigaciones vienen aportando a clarificar los alcances de este término y de este oficio. Así, *"la ayuda que ofrece la Doula es de carácter profesional, durante el embarazo y el puerperio, brinda explicaciones teóricas y prácticas sobre la gestación, sobre el parto y sobre pautas adecuadas de crianza."* (Uribe Bustamante y Vivero Mejía, 2009: 95-96)

Se sitúa el oficio de las doulas como práctica social, la cual en términos de Bourdieu (Gutiérrez, 1995), aparece estructurada tanto por la posición que ocupan lxs agentes en el sistema de relaciones, como por los habitus incorporados por cada unx. Esta práctica social aparece como un movimiento de resistencia a los procesos de medicalización (Foucault, 2001) que estructuran prácticas bio políticas y anátomopolíticas de control de los cuerpos (Foucault, 2007).

Conceptualizando las prácticas de las doulas y de lxs trabajadorxs sociales, dentro de los procesos vinculados a la reproducción de la vida y de la salud, adhiero al concepto de proceso salud-enfermedad- atención (Menéndez, 2004) que entiende a la salud como una construcción social y política, condicionada por el modelo médico hegemónico y las prácticas culturales y sociales que él impone, pero donde los espacios de atención alternativos se erigen como una posibilidad otra de ser y hacer.

El enfoque descolonial en esta línea nos presenta una potencialidad interpretativa en tanto sitúa su crítica en la colonialidad del poder (Quijano, 2006) de la modernidad que impregnó todas las áreas de la vida, incluyendo las relativas a la gestión de la salud, atravesando cuerpos y subjetividades. La descolonialidad (Walsh, 2013) plantea que las prácticas institucionales tienen un fuerte componente racial colonial, donde se niega el saber-ser- conocer de las personas, en este caso de la mujer sobre su propio cuerpo y gestación, entregando el lugar del “conocimiento” a la figura del/la médicx y colocando el poder fuera de sí mismas.

En este marco, el **objetivo general de esta tesis** de grado es *Indagar acerca de las prácticas y discursos de las doulas y de lxs trabajadorxs sociales en relación al parto- nacimiento humanizado en nuestra ciudad.*

En vistas del cumplimiento del mismo, he abordado en el proceso de investigación los siguientes objetivos particulares:

- Identificar las incumbencias profesionales de lxs trabajadorxs sociales del campo Salud en relación a los procesos de parto -nacimiento y los derechos y necesidades de las mujeres en este proceso desde una mirada genealógica del Trabajo Social.
- Caracterizar el ejercicio de la práctica de una doula.
- Reconocer el mapa de relaciones de poder que se establece entre el saber- ser- conocer de trabajadorxs sociales, doulas, mujeres madres y sistema de salud.
- Profundizar sobre el vínculo entre doulas y trabajadorxs sociales y lugares de encuentro y desencuentro entre ambas prácticas.

En los capítulos subsiguientes el/la lector/a podrá encontrar los avances logrados sobre cada uno de estos objetivos.

Respecto al estado de la cuestión o **antecedentes** de esta investigación observo tres núcleos problemáticos, a saber:

- El impacto de la presencia de doulas en los partos- nacimientos. Una serie de investigaciones durante la última década han abordado el estudio de este oficio y su impacto en los partos y en la maternidad. Así encontré los aportes de Valdés y Morlans (2005); Pugin, Kopplin, Larraín, Gallego, Aramayo y Ortiz; Paez y Peralta (2006); Bustamante y Vivero Mejías(2009); Alva Colunga, entre otros.

Estas investigaciones aportan interesantes datos sobre el efecto positivo que genera el acompañamiento de Doulas de los procesos de gestación, parto-nacimiento y postparto, e incluso se plantea la incorporación de dicha figura en el Sistema de Salud.

- Reflexiones en torno a la maternidad, el cuerpo femenino y la violencia obstétrica. Sobre este eje destacan los aportes de García Fernandez (2014); García García (2015); Magnone Alemán (2011), Bellón Sanchez (2015).

Estas autoras reflexionan sobre el concepto de cuerpo y de mujer que subyacen a los modelos actuales de asistencia de partos.

- Sobre el rol del/la trabajadorx social en relación al parto, eje que me parece interesante de mapear, no se han encontrado investigaciones al respecto. Sí se han encontrado (aunque no en abundancia) trabajadorxs sociales que investigan sobre la violencia obstétrica e incluso sobre las doulas (Irumberri y Capotorto, 2010) pero no estudios que reflexionen sobre el rol del/la trabajadorx social en relación a esto, incluso se han encontrado investigaciones que lo mencionan como “legitimadx activo”, un rol que, por acción u omisión colabora con dicha forma de violencia. (Medina, 2009)

Los problemas sociales que convocan la intervención de las doulas, son también objeto de atención del Trabajo Social, y se resignifican como campo problemático (Rozas Pagaza, 2001) para la intervención de nuestra profesión.

En este contexto, y en tanto no se han realizado a la fecha investigaciones relativas al tema que tomen como universo de estudio las prácticas de las doulas situadas en nuestra ciudad, así como la relación entre lxs trabajadorxs sociales y la humanización del parto- nacimiento, es que la presente investigación se propone abordar el siguiente **problema**, en línea con el objetivo general propuesto:

- Partiendo de un análisis genealógico de la intervención del trabajo social en el campo de la salud ¿cuáles son las incumbencias consagradas en la nueva Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072, vinculadas con los procesos del parto -nacimiento y los derechos de las mujeres?
- ¿Cuáles son las características que asumen las prácticas sociales de las doulas, en términos de sus procesos de intervención, y sus vinculaciones con el sistema de salud en el Partido de General Pueyrredón?
- Trazando un diálogo entre el oficio de las doulas y la intervención del Trabajo Social: ¿qué aportes, qué sinergias, qué vinculaciones pueden pensarse y hacerse entre estas dos prácticas sociales? Complementariedad, diferencias, potenciales líneas de acción.

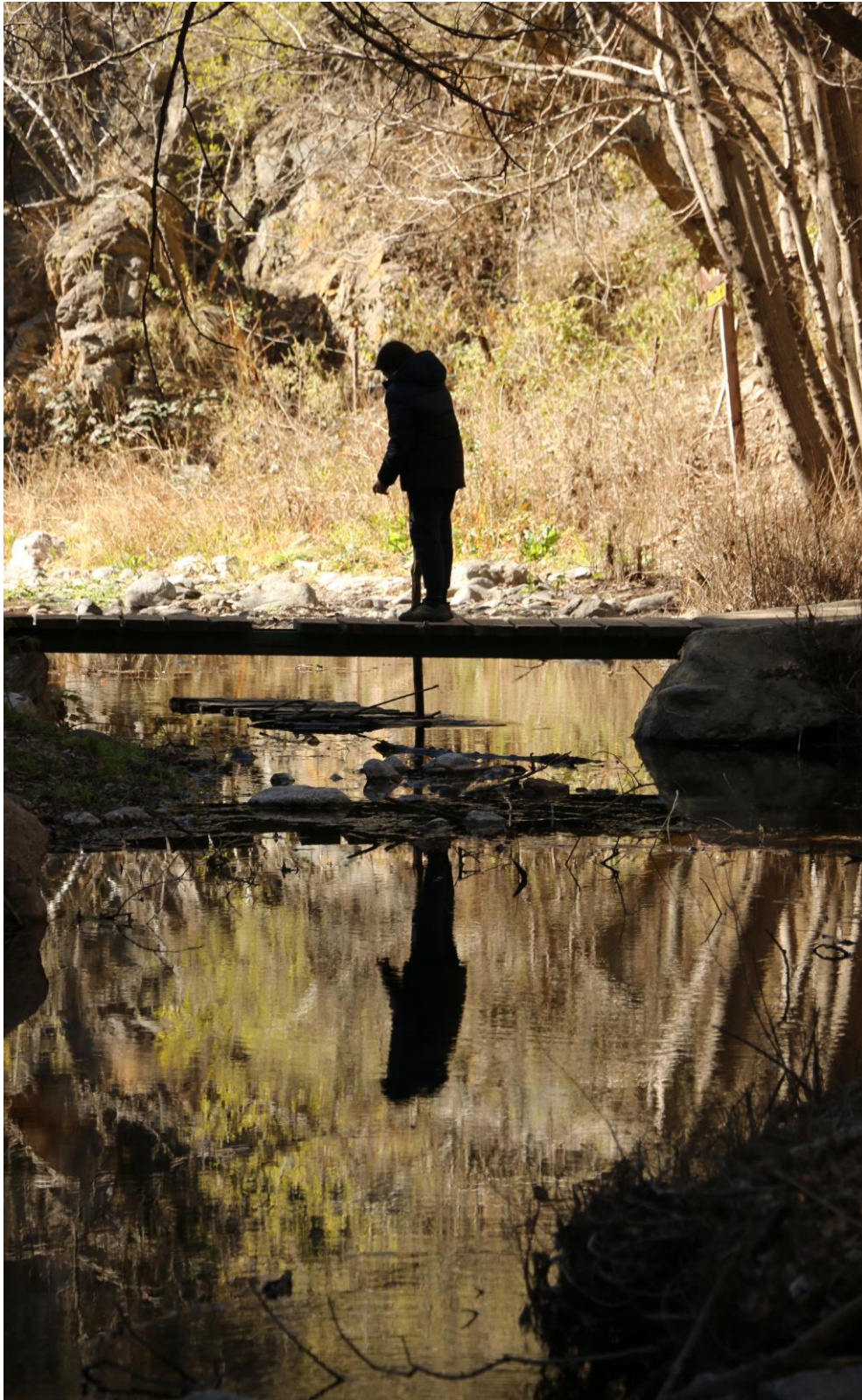
Respecto del **enfoque metodológico** utilizado para el abordaje de estos problemas de investigación, el mismo fue de carácter cualitativo. Las técnicas de recolección de información fueron entrevistas semiestructuradas (Alonso) a quienes estén ejerciendo la práctica doula en nuestra ciudad y a trabajadorxs sociales del materno infantil. También realicé lecturas de documentos, regulaciones normativas (Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento; Declaración de Fortaleza 1985, Ley 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual Procreación responsable”, Ley 25.929 “Ley de Parto Respetado”, Ley 26.529 “Derechos del paciente”, Ley 26.485 “Prevención, sanción y erradicación de la violencia hacia la mujer”, Ley del Derecho a la Identidad, Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072), datos oficiales relativos a la salud materno infantil. Respecto de las Técnicas de análisis de datos, tomé la propuesta de análisis de contenido y categorización semántica- según los aportes de la teoría fundamentada (Glasser y Strauss). Mi Universo de

unidades de análisis fueron entonces las mujeres ejerciendo el rol de doula en Mar del Plata en el año 2016 y lxs Trabajadorxs Sociales del Hospital Materno Infantil que hayan ejercido también durante el año 2016. La muestra fue de carácter intencional o teórico -Tres doulas que ejercieron el rol durante el año 2016.Tres Trabajadorxs Sociales del Hospital Materno Infantil (HIEMI). Dos trabajadoras sociales de Centros de atención primaria de la salud (CAPS)-. En relación con las Fuente de datos a emplear, tomé fuentes de Información secundaria (Documentos sobre el tema, regulaciones normativas, datos oficiales relativos a la salud materno infantil del partido de Gral Pueyrredón), y fuentes de información primaria (Información obtenida de la aplicación de técnicas cualitativas: entrevistas, relatos de vida).

Por último, en relación con la **estructura de la tesis**, la misma cuenta con ocho capítulos. El primero presenta algunas consideraciones epistemológicas, entre las cuales se desarrolla una triangulación conceptual entre los aportes del enfoque holístico, el descolonial, la perspectiva genealógica y la crítica del Modelo Médico Hegemonico. El capítulo 2 refiere algunas consideraciones metodológicas desarrollando lo aquí introducido respecto del enfoque y las técnicas utilizadas. El tercer capítulo analiza la categoría y el campo de la salud, y el cuarto los cruces entre género, salud y maternidad. En el capítulo 5 problematizo el Trabajo Social en el campo de la salud y su práctica y en el sexto el oficio emergente de las doulas. El séptimo capítulo sintetiza reflexiones en torno a los cruces entre nuestra disciplina y la práctica emergente de las doulas a partir del análisis del derecho a la salud, los derechos de las mujeres, y el derecho al parto respetado, reconociendo sinergias, búsquedas y encuentros. En el último capítulo se presentan las conclusiones.

Se observará a la luz de la Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias, (De Sousa Santos, 2010) los acompañamientos de las doulas como experiencias disponibles que es necesario visibilizar, ya que son el embrión de maternidades contenidas, abrazadas, que aún no existen de manera masiva, pero están emergiendo como formas válidas y necesarias. La visibilidad implica interpelación: aquello que se ve, interroga al resto de la sociedad. *“Y es que la maternidad, atenta contra el patriarcado: en lugar de la demanda, propone la entrega; en lugar de la competencia, la cooperación.”*

(Naranjo, 2009) Mas es necesario acompañar la maternidad, ese sentir de la madre, esos impulsos viscerales de estar con su cría ni bien nace (Odent, 2011) que desafían un sistema sanitario cuyas prácticas occidentalizadas pierden de vista aspectos sensibles fundamentales en el vínculo mamá-bebé y en la historia de vida esx bebé.



CAPÍTULO 1

ALGUNAS CONSIDERACIONES EPISTEMOLÓGICAS

En este capítulo introductorio, presentaré algunas reflexiones relativas a cuatro campos discursivos que, con sus diferencias contribuyen a cuestionar las perspectivas racionalistas modernas respecto de los temas que aquí me convocan: la salud, la maternidad, la intervención en lo social.

De esta forma, tanto el enfoque holístico, como la perspectiva genealógica, como el enfoque descolonial y la crítica al modelo médico hegemónico, se configuran en discursos potentes que nos permiten revisar los sentidos y prácticas asociados al acompañamiento de la maternidad. Este gesto de triangulación, no desconoce las grandes diferencias entre estas cuatro tradiciones, sino que recupera en esta polifonía el carácter de crítica de la modernidad y pone en valor los diferentes acentos para interpelar y aportar a un pensar situado y crítico.

1. Maslow y el enfoque holístico: el ser humano como un todo integrado y organizado.

“Debo reconocer que considero esta corriente humanista dentro de la psicología como una revolución en el sentido prístino y más verdadero de la palabra, en el sentido en que Galileo, Darwin, Einstein, Freud y Marx llevaron a cabo las suyas; es decir, una corriente que aporta nuevas formas de percibir y pensar, nuevas representaciones del hombre y la sociedad, nuevos enfoques de la ética y los valores, nuevas direcciones que seguir.”

Abraham Maslow

Prólogo a la Segunda Edición de “El Hombre Autorrealizado” (1972).

Me interesa en primer lugar, explicitar de qué ser humano voy a hablar a lo largo de este trabajo. Para ello, decidí tomar a Abraham Maslow y su enfoque holístico, el cual hace énfasis en el individuo como un todo integrado y organizado, con distintas necesidades.

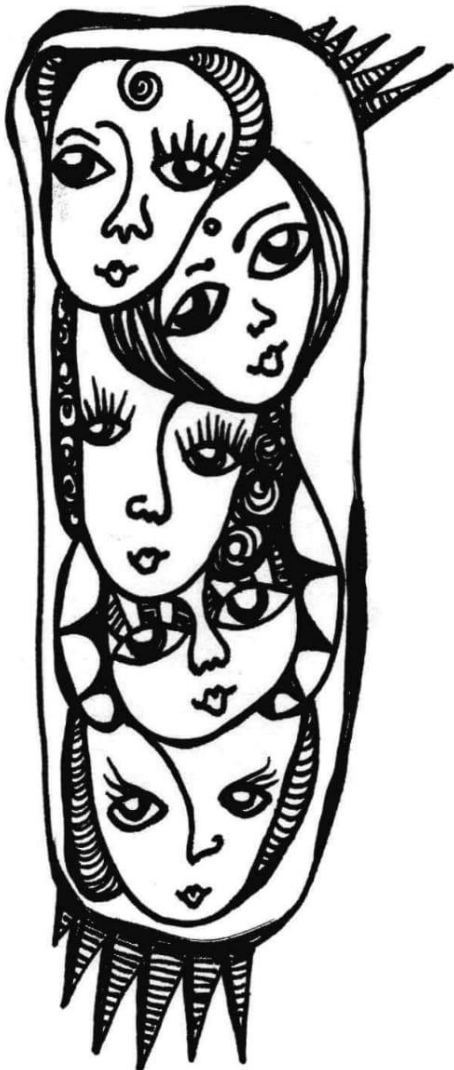
Maslow fue un psicólogo humanista, con una visión social. Aficionado de la antropología social, es conocido por su teoría de la jerarquía de las necesidades humanas, y esboza una concepción de la esencia humana desde un enfoque holístico; es todo el individuo el que está motivado y no sólo una

parte; no hay necesidades del estómago o de los genitales, sólo del individuo. En este sentido, es que entiendo la necesidad de un abordaje integral de la situación extra-ordinaria del parto- nacimiento donde se puedan tener en cuenta las distintas necesidades de esa dupla mamá- bebé que trascienden lo fisiológico.

Esta psicología, explicita Maslow en *El Hombre Autorrealizado* (1972), no es puramente descriptiva o académica, sino que induce a la acción e implica consecuencias. Invita a tomar partido, a enfocarse en el aspecto sano del ser humano, a cultivar dicho potencial, en contraparte con el psicoanálisis, que se enfoca en la enfermedad. Cuidar ese aspecto sano del ser humano tiene que ver con entender el nacimiento como un momento fundante en el psiquismo de ese ser que llega al mundo (Reichert, 2014), y el impacto de la calidad de este proceso en el ser humano y en las futuras generaciones (Odent, 2011). Asimismo, cultivar dicho potencial, implica observar al parto como un hecho cúlmene en la vida de una mujer y atender a sus necesidades más genuinas, dándole lugar, a la mirada de esa “otra” en un momento de especial sensibilidad y necesario protagonismo, como evento trascendental de su vida.

Maslow propuso una Pirámide de Necesidades, resultado de trabajos muy rigurosos, integrando aspectos del conductismo, la psicología humanista y freudiana. A las necesidades fisiológicas: aire, alimento, agua, le siguen cuatro niveles de necesidades psicológicas: seguridad, amor, estima y autorrealización. Argumenta que tales necesidades son tan reales y esenciales a la condición humana como la necesidad de comer. De aquí esto que mencionaba en relación a las distintas necesidades de una mujer en proceso de parto nacimiento y la necesidad de ir más allá de la mirada médica del proceso y poder acompañar a esa mujer en sus distintas aristas. En este sentido, el «*principio de estructuración*» de Maslow se refiere a la organización de las necesidades en una jerarquía de prioridad; el «*principio dinámico*» alude a que satisfecha una necesidad básica quedan abiertas las puertas de la conciencia al predominio de una necesidad superior; en este sentido una vez resuelto lo fisiológico y con dicha base, estamos listxs para atender otro tipo de necesidades.

Según Maslow, los seres humanos somos en esencia buenos y cooperativos, y la cultura puede contribuir a nuestra realización. Las personas enfermas son producto de una cultura enferma; las personas sanas pueden existir gracias a una cultura sana. Pero es igualmente cierto que las personas enfermas añaden un grado más de enfermedad a su cultura y que las personas sanas contribuyen a la salud de la suya propia. El mejoramiento de la salud individual es un modo de enfocar la creación de un mundo mejor. Es en esta relación dialéctica que la sociedad se forma y es transformada, a partir de las representaciones sociales; conocimientos socialmente elaborados y compartidos. (Jodelet, 2002)



2. Enfoque descolonial

*“Con la conquista de las sociedades y las culturas
que habitaban
lo que hoy es nombrado como América Latina,
comenzó la formación de un orden mundial
que culmina,
500 años después, en un poder global
que articula todo el planeta.
Ese proceso implicó, de una parte,
la brutal concentración de los recursos del mundo,
bajo el control y en beneficio
de la reducida minoría europea de la especie
y ante todo de sus clases dominantes.”*

(Quijano, 2006)

Tomando a Anibal Quijano, entiendo al colonialismo como la relación de dominación directa, política, social y cultural de los europeos y europeas sobre los conquistados y conquistadas de todos los continentes, y expresa: “*La categoría mental de “raza”, pertenece a la modernidad y se constituyó en un instrumento de clasificación que basado en una supuesta diferente estructura biológica ubicaba a los unos en situación natural de inferioridad respecto de los otros*” (Quijano, 2006).

El enfoque descolonial, se presenta como una posibilidad de encontrar respuestas otras, a los problemas del mundo actual; la globalización, el consumo, el acceso a la tecnología, la inmediatez en la información, la mediatización de la vida que impacta en las subjetividades humanas fijando hábitos y creencias que muchas veces no son cuestionados ni elegidos, sino que son aceptados por las mayorías como verdades absolutas e indiscutibles, porque así son transmitidas y *re-creadas*.

Tal como plantea Boaventura de Sousa Santos (2010), tenemos problemas modernos pero no respuestas modernas; liberalismo y marxismo ya no responden a nuestras necesidades actuales, quizás porque nuestras necesidades superan lo estrictamente material; quizás porque nuestras necesidades no han sido identificadas/expresadas por nosotrxs mismxs ni escuchadas/atendidas por quienes escribieron la historia de dominación hasta el momento. Este estado de desconcierto y confusión nos invita a elaborar una Epistemología del Sur (De Sousa, 2010), recuperar saberes que aún pulsan en nuestras tierras, de nuestrxs hermanos y hermanas que rebrotan pese a los intentos de acallarles y anular a ese “otrx”; observarnos hoy, validando esto que somos, *re-significando* nuestra cultura en gran parte aprendida a partir de manuales foráneos.

Este autor habla de la **Sociología de las ausencias**, la cual entiende como la investigación que tiene como objetivo mostrar que **lo que no existe es activamente producido como no existente**, a partir de descalificar cierta entidad y considerarla invisible, restándole así, poder. Esto se da a partir de la racionalidad monocultural que tiene distintas facetas.

La *monocultura del saber* consiste en la transformación de la ciencia moderna en criterios únicos de verdad, siendo, lo que queda por fuera, ignorante. En este sentido, observaré a partir de esta forma de clasificar el “saber” y la “ignorancia” la mirada de las doulas y trabajadorxs sociales sobre el/la “otrx” con quien comparten su intervención, en lo que respecta a la investigación en este caso la mujer que deviene en madre.

La *monocultura del tiempo lineal* es la idea según la cual la historia tiene un sentido y una dirección única y conocida, llámese progreso, desarrollo, modernización, nombres diversos que los países “centrales” han establecido, desde la economía y la ideología, como “modelo” a seguir por parte de los llamados países “subdesarrollados” o “en desarrollo”. Asumiendo, desde lo intrínsecamente conceptual (Sunkel y Paz, 1975) que vamos camino hacia donde ellos están, negando, residualizando, descalificando cualquier otra visión del tiempo (y, por añadidura, de posibilidad de decisión) y del desarrollo o falta de. Toda vivencia que no se corresponda con el saber hegemónico es “anulada”. Me interesa observar cómo se viven los tiempos en relación al parto nacimiento, cómo se vive esta colonialidad/descolonialidad de las mentes desde los distintos lugares de intervención. Cuál es el tiempo que rige, sustentado por qué mirada (del/la otrx), qué lugar se da al cuerpo su expresión y su instinto, y cuál al control, al dominio del/la hombre/mujer sobre el tiempo.

Quijano expresa en su texto “Colonialidad y modernidad- racionalidad” (1992) cómo Europa se convierte en el centro del capitalismo y ordena el mundo desde esa posición de poder. Desde este lugar, crea e impone en las subjetividades una forma de percibir- valorar el tiempo (y otras cosas), que plasma a partir del “Descubrimiento de América” y la “Conquista del Desierto”, descalificando a la “barbarie”, sus tiempos, su cosmovisión, anulando su forma de ser-estar en el mundo.

La obstetricia moderna utiliza actualmente protocolos y prácticas basadas en una racionalidad particular que pretende universal y que en parte, tomando el Protocolo de Fortaleza de la OMS, carecen de sólida evidencia científica.

La *monocultura de la clasificación social*, establece jerarquías “naturales”. No hay dudas de que vivimos en un mundo diverso, mas esta monocultura me lleva a revisar la real aceptación de esx otrx con quien trabajo y quien da

sentido a mi práctica. Carballada utiliza un término muy preciso cuando habla de “alojar el padecimiento subjetivo” del otro (2002), y en ese sentido, quisiera profundizar en identificar el posicionamiento “del/la que aloja”, en relación a esx otrx que es alojadx. Con ánimos de re-pensar-nos, y re-pensarme en este ejercicio. Todxs transitamos diversos padecimientos subjetivos y transitamos roles, distintos, ni superiores ni inferiores; en todo caso, ¿qué lo define?, quizás la colonialidad del saber, fuertemente retomada, distribuida y reproducida por el sistema educativo; hay alguien “que sabe”, y otrx “que no sabe”, una tábula rasa que es preciso llenar. Este componente de la colonialidad que anula a esx otrx, está muy naturalizado.

La *lógica de la escala dominante*, la cual en la modernidad aparece bajo dos formas principales: lo universal y lo global, considerándose irrelevante otra escala posible, tal como fuera lo local o lo particular. Al negar lo local, lo pequeño, lo que emerge allí donde lo masivo no llega (por distintas razones), se lo invisibiliza, pero no por ello deja de existir. Es por esto que me parece importante recuperar lo que sucede más allá de lo institucional, en los intersticios entre las subjetividades y las instituciones. Observar, conocer, profundizar para poder trazar diálogos, puentes que abran nuevas vías de aceptación de lo diverso, nuevas propuestas y formas de vivir construidas colectivamente, en una comunidad global que se muestra colapsada en muchas de sus propuestas universalizantes, donde muchas subjetividades no encuentran la contención que quisieran, las respuestas que precisan. Allí en una de las entrevistas con trabajadorxs sociales surgió la necesidad de "tender puentes" desde la institución hacia aquellas subjetividades que hoy no están siendo contenidas por la institución misma. Es a partir de la población que la institución cobra sentido, y es desde allí que la misma se va transformando a partir de dar respuestas a las nuevas preguntas de la sociedad.

Por último la *lógica productivista*, asentada sobre los criterios de productividad capitalista, donde el crecimiento económico es el objetivo racional incuestionable. Y esto se aplica tanto a la naturaleza como al trabajo humano. Me interesa observar cómo atraviesa esta lógica al parto nacimiento; cómo impacta en el acto de parir, en el acto de nacer, haciendo una pausa especial en el modelo médico hegemónico, en el vínculo de esta lógica con el género

femenino y sobre cómo se construyó el campo Salud y el Trabajo Social en el campo Salud en tiempos de capitalismo.

Boaventura propone entonces cinco formas principales de no existencia, legitimadas por la razón eurocéntrica dominante: lo ignorante, lo residual, lo inferior, local e improductivo. **Para esta racionalidad, dicha existencia resulta un obstáculo frente a las realidades que consideran importantes: lo científico, lo avanzado, superior, global y productivo.**

Como aire de cambio, el autor propone entonces, la **Sociología de las emergencias**; frente al vacío de futuro del tiempo lineal, infinito, proponer un futuro de posibilidades plurales y concretas, a la vez utópicas y realistas que se van construyendo desde el presente, el cual se ve ampliado a partir de visibilizar múltiples experiencias negadas por las distintas monoculturas de la racionalidad imperante. La sociología de las emergencias propone cuidar el futuro, lo cual consiste en ampliar los saberes, prácticas y agentes existentes de modo de identificar en ellos las tendencias de futuro sobre las cuales es posible actuar para maximizar la probabilidad de la esperanza (2010: 26) y definir principios de acción que promuevan la realización de esas condiciones.

En palabras de Aníbal Quijano (2006; s/d), *“la globalización en curso es, en primer término, la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y la del capitalismo colonial/moderno y eurocentrado como un nuevo patrón de poder mundial”*. Siendo su racionalidad específica el eurocentrismo, clasificando a la población mundial jerárquicamente en relación a un ideal de hombre blanco europeo.

3. Perspectiva genealógica

De los diversos debates que atraviesan esta tesis, quizás el más explícito y beligerante es el que atañe al (a los) humanismo(s) y la noción de lo humano como esencia. En este punto encontramos la perspectiva humanista ya descrita de Maslow, y la crítica de los humanismos y del esencialismo de Foucault. El giro descolonial por su parte está habitado por esta tensión, encontrando autores que bregan por una política de la identidad y un esencialismo identitario, mientras otros se ubican en una visión más cercana a

la perspectiva postestructural, de fuerte crítica a toda afirmación de lo originario y lo esencial en términos identitarios. Respecto de estos debates puede leerse Hermida (2017).

Tomaré de la perspectiva genealógica de Foucault, de raíz nietzscheana, la posibilidad de pensar la complejidad de la trama de la que proceden los acontecimientos. (Foucault, 1988)

La genealogía nos permite apreciar cómo algo llegó a ser lo que es, restableciendo de este modo el azar de las luchas en lugar de quedarnos en la resignación que supone confirmar la realización de un destino.

La genealogía no pretende simular neutralidad sino que se sabe perspectiva, sabe desde donde mira, lo que mira, y no rechaza el sistema de su propia injusticia.

Foucault, (1988) al caracterizar a la genealogía, dice que la misma es metódica, documentalista, no intenta hacer una génesis lineal, ordenando los acontecimientos como si hubiesen conservado una lógica, un sentido, como si no hubiese imprevistos e incongruencias. Busca percibir la singularidad de los sucesos, fuera de toda realidad monótona, reconocer los diferentes papeles en las distintas escenas, observar lo que pasó desapercibido, sacar a la luz las luchas que se esconden detrás de las generalizaciones.

Si bien la genealogía se opone a la búsqueda del origen, no es este el aspecto central que tomaré de esta perspectiva, dado que en este sentido adhiero al planteo de Maslow; me interesa tomar a Foucault en su invitación a conocer las externalidades que fueron contribuyendo a la construcción de los acontecimientos.²

Dice Foucault, que la procedencia atañe el cuerpo, siendo el cuerpo la superficie de inscripción de los acontecimientos, y que es allí donde la

² Sentipienso acercar estas dos perspectivas, resumidas en la visión de Reich, padre de las psicoterapias corporales, quien *“comprendió que el ser humano nace emocionalmente sano, con sus potencialidades latentes para un posterior desarrollo. Sin embargo ya al inicio de la vida sufre la acción neurótica del medio familiar y social que interfiere en la estructura en formación, constituyendo así los rasgos de carácter y las formas defensivas programadas de pensar, sentir y actuar”* (Reichert, 2014: 26). En línea con esto, expresa Maslow que hay una naturaleza propia de la especie, que es posible estudiar científicamente y descubrir. (Maslow, 1972)

genealogía analiza la procedencia, articulando cuerpo e historia. Dice, *“Debe mostrar el cuerpo totalmente impregnado de historia, y la historia arruinando al cuerpo”* (1988: 32); adhiero profundamente a buscar en el cuerpo las causas, efectos. A trascender la cabeza, en el sentido de ir más allá de la razón e integrar el cuerpo en la construcción de la historia, del presente, de las intervenciones. Allí se presentan las dolencias, los devenires. De dos cuerpos venimos, en un cuerpo vivimos. ¿Qué expresa? ¿Cuáles son los significados atribuidos al cuerpo, que asimismo lo construyen?

En relación al punto de surgimiento de las cosas, la “emergencia”, se produce siempre en un cierto estado de las fuerzas. Restablece así el juego de las dominaciones. Al oponerse a la historia lineal, evolutiva, produce un descentramiento, que no busca el punto de origen sino que considera el acontecimiento como producto de muchas líneas de fuerza, de distinta procedencia. Tampoco el suceso está contenido en germen en procesos anteriores, ni hay responsables de las emergencias, sino que son producto de la contingencia de las luchas entre dominadores y dominados.

4. Modelo Médico Hegemonico

*“Se consiguió que el paciente se viera a sí mismo con los ojos del médico
y de esa manera
aprendió a renunciar a la experiencia de sentir
su propia corporeidad
y a percibirse
con todos los sentidos.”*

Ivan Illich, *Némesis médica* (1975)

Tomando a Susana Belmartino (1987), un modelo es una abstracción de la realidad que realizamos a partir de tomar los rasgos más sobresalientes como dominantes, observarlos dinámicamente entre sí, apoyándose y potenciándose los unos a los otros siendo de esta manera eficaces al momento de cumplir su función social.

En este caso, voy a hablar del Modelo Médico Hegemónico y la organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, a partir de la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes, y mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo

médico. Hegemonía no implica la inexistencia de diversidad ni de formas diferentes de pensar y de sentir, sino, por el contrario, implica resistencia.

4.1. Una caracterización del Modelo Médico Hegemónico

En este sentido, Menéndez (1988) menciona los siguientes rasgos estructurales del modelo médico hegemónico: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Belmartino los resume en cinco rasgos fundamentales: el biologismo, el individualismo, el carácter tecnocrático, iatrogénico y medicalizante.

Menendez toma al biologismo como rasgo estructural dominante, el cual garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. Este carácter subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles.

Lo biológico es lo central en la formación médica profesional. El aprendizaje profesional de grado y postgrado se hace a partir de contenidos biológicos, donde se minimizan los procesos sociales, culturales o psicológicos.

Esta mirada de la salud y la medicina de manera biológica e individual lleva a que se “ataque” a un órgano enfermo perdiendo de vista al ser humano, y caminando hacia una especialización que fragmenta el conocimiento y al mismo ser humano.

A su vez, esta mirada separa al "sujeto" de la sociedad en que vive, del medio en el que interactúa, perdiendo factores explicativos fundamentales en lo que respecta al proceso salud- enfermedad de esa persona, a la vez que llevándolo al plano exclusivamente individual y dejando así de lado el nivel de análisis social y el vínculo que hay entre la salud y las prácticas culturales particulares

de la sociedad capitalista moderna y de cada cultura singular. Aceptamos esta fragmentación, entregando nuestro cuerpo físico a saberes científicos, consumiendo cultura chatarra y alimentándonos de vínculos patológicos.

Menendez, también menciona, además de lo exclusivamente biológico de la formación médica, aspectos que constituyen a este proceso de subalternidad y dominación tal como el aprender profesional de lxs médicxs a partir de cuerpos muertos y vivos de personas pertenecientes a los estratos subalternos. La desigualdad social emerge, entonces, en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional. Y aparece el segundo rasgo que Belmartino menciona como fundamental: el carácter tecnocrático del Modelo Médico.

En cuanto al carácter tecnocrático, se toma a lo científico y lo técnico como asociado al bienestar del ser humano, fundamentos desarrollistas que perviven en las mentes y en las prácticas. Tomando palabras de Manuel Almendro (1994), *“somos un deshecho del maravilloso Renacimiento que comenzó superando su ahogo en lo divino para confiar y realizar en lo humano. Hoy, expoliamos nuestra única casa en aras de la soberbia de nuestro “poder”, en un proceso en el que llega la ciencia antes que la consciencia”*.

Se toma así lo técnico como neutro (“la ciencia como objetiva”, pensamiento positivista en pos del dominio y control de la naturaleza), apareciendo aquí un lenguaje científico que se define en base a conocimientos probados empíricamente, (tomando a la razón como única fuente válida, descalificando otros tipos de saber, y en esa línea, sujetos con lenguajes diferentes a lo científico), alejado de la sensibilidad que requiere comunicarse con unx otrx que se encuentra atravesado por padecimientos de diversa índole. En el caso de las prácticas obstétricas modernas, genera curiosidad el hecho de que sean prácticas que no están probadas empíricamente, o incluso que se han verificado como perjudiciales, las cuales forman parte de los protocolos de atención.

Se produce así un monopolio del saber, diferenciando y valorando a aquel/aquella que “sabe” de aquel/aquella que “no sabe” y debe, por lo tanto, someterse a la voluntad del/la médicx. Esta actitud tecnocrática instala entonces la relación de sometimiento, siendo de este modo iatrogénico, acto

médico dañino que aliena al sujeto del conocimiento de las causas y procesos sociales asociados a la salud enfermedad y convirtiéndolo en sometido del veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan el "saber".

El tecnocientificismo se erige como todopoderoso y poseedor de la verdad, siendo su mecánica la separatividad, el alejamiento de una mirada compleja y totalizante de la vida, reduciendo la persona a un conjunto de componentes.

Esto, unido a la lógica productivista propia del capitalismo, nos lleva a horizontes difusos y peligrosos.

En este sentido, si bien el desarrollo tecnológico en occidente ha traído novedosos avances para la humanidad, también ha producido un alto grado de deshumanización y alienación (Grof, 1985). *“Nos convertimos en hombres máquinas, cada vez más sofisticados pero cada vez más enfermos”* (Almendo, 1994).

Esto se vincula a “cuidar el futuro”, la propuesta de Boaventura; ¿por qué esperar al cataclismo que anuncia el cine estadounidense, en vez de, como seres humanos racionales tomar las riendas de nuestro futuro y nuestro presente? Pareciera haber en muchxs una pasmosa aceptación de lo perverso.

El último rasgo que Belmartino menciona como central es que es medicalizante; es decir, que en relación con la totalidad de las prácticas sociales, la medicina tiene un campo más grande cada vez, a la vez que invade todas las prácticas sociales. En este sentido, el parto se convierte en un fenómeno médico; no ya algo natural, trascendente en la vida de una familia y uno de los momentos más importantes de la vida sexual de la mujer, sino un proceso técnico, donde la medicina ocupa el rol central.

Es entonces, esta red de relaciones sociales e ideológicas que la práctica médica genera sin identificarse objetivamente como tal, pensando su práctica como exclusivamente técnica y todopoderosa de la mano de la tecnología y la aclamada modernización, desde una monocultura absoluta, de ningún modo inocua.

Si observamos que la vida y la muerte suceden en instituciones médicas, entre desconocidxs, apuros, cables y luces artificiales, se deja vislumbrar una falta de comprensión- aceptación de la vida y la muerte como hechos naturales, a la

vez que subestimando a la naturaleza y sobreestimando las posibilidades de control humano. Con el proceso de conquista europea de las tierras que habitamos, se arrasaron significados, sentidos profundos y verdaderos, elaborados colectivamente, a partir de una cosmovisión particular, un modo de entender y explicarse a sí mismos el mundo. Actualmente no está en el centro de la escena social/en la agenda política nacional/latinoamericana debatir-explicarnos el mundo-la vida-el nacimiento- el parto- la muerte y allí se observan prácticas carentes de sentido, no sentidas, no verdaderas, repetitivas, vacías.

Otra característica de este modelo es la burocratización, producto de la especialización y fragmentación del saber, la división técnica del trabajo, el crecimiento de la organización y el desarrollo del control; esta racionalidad social forma parte de las tendencias alienantes y cosificantes dominantes en el conjunto de las sociedades complejas actuales.

4.2. Sobre la medicalización de la vida y la confianza depositada en el Modelo Médico hegemónico

Hasta los años 1720, 1750, las actividades de los médicos se centraban en la demanda del/la enfermo y era este quien promovía la intervención. La medicina actual ha rebasado dicho espacio, imponiéndose al ser humano como un acto de autoridad, estableciéndose una política sistemática y obligatoria de localización de enfermedades que no responde a ninguna demanda del/la enfermo. La medicina dejó de ser esencialmente clínica para comenzar a ser social, ocupándose de otros aspectos más allá de las enfermedades. En el siglo XIX aparece en todos los países del mundo una vasta literatura sobre la salud, y el concepto de higiene ocupa el centro de la escena. El aire, el agua, las construcciones, los desagües; todo comenzó a ser objeto de la medicina. Es así que la medicina avanza sobre todas las áreas de la vida, medicalizando los más diversos territorios.

A su vez, la medicina moderna está atravesada por la economía política de la medicina. La práctica médica surge por razones económicas hacia fines del siglo XVIII, ligada a la necesidad de asegurar el mantenimiento de la fuerza de trabajo, su mejora y reproducción.

Ya desde el siglo XVIII el Estado se ocupaba de garantizar la salud física de las personas, pero entonces estaba más asociado a fines nacionalistas.

La 1ra Revolución Epidemiológica, la cual termina de desarrollarse en los años '40, controla a partir de los antibióticos y la quimioterapia al flagelo de las enfermedades infecciosas. *“La eficacia curativa de la medicina, en ese momento es tan grande que aparece como la ciencia que puede llevar al bienestar del hombre”* (Belmartino, 1987: 203).

En 1942 se formuló el Plan Beveridge, vinculado a la seguridad social, el cual en Inglaterra y otros países sirvió de modelo a la organización de la salud. Así, en plena Guerra Mundial, se consolida el Derecho a la Salud, y una sociedad asume por primera vez la tarea explícita de *"garantizar a sus miembros la vida en buen estado de salud"*. Con dicho Plan, el derecho del hombre y la mujer a mantener su cuerpo en buena salud pasa a ser objeto del Estado, y entra en el campo de la macroeconomía. (Foucault, 2010) Se define a la salud como derecho humano por excelencia incentivando el acceso igualitario a la práctica médica.

4.3. Sombras del Modelo Médico Hegemónico y luces auspiciosas.

El Modelo Médico Hegemónico comienza a ser cuestionado en la década de los 60, crítica que alcanza su máxima expresión en la década de los 70. La misma se basaba en la visibilización de distintas cuestiones, tales como: el aumento constante del consumo de fármacos; el incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales llegando a la normalización de determinadas prácticas como es la cesárea; la construcción de nuevos padecimientos, como la hiperquinesia infantil; el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma.

Es interesante observar los distintos engranajes patológicos que hacen a una cultura y la aceptación de esto. Asimismo, el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, industria tabacalera, industria alcoholera, industria químicofarmacéutica, etc., y la subordinación política del sector salud a dicha

industria de la enfermedad; el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico. (Menendez, 1988)

En esta línea es que cabe analizar las características del proceso de atención de parto nacimiento; no sólo vinculado a la salud materno fetal sino al control del cuerpo social. A su vez, la protocolización de los procesos y la clasificación de la población (y la niñez) de acuerdo a unos parámetros exclusivamente médicos y basados en ritmos sociales cada vez más alejados de nuestra naturaleza nos llevan a diagnósticos y medicalizaciones que no son necesariamente sanos, según mi modo de ver.

Junto con esta reivindicación del derecho a la salud aparece la salud como mercancía de la mano de los sistemas de financiación de la atención médica pagada por terceros. Esto va socavando contradictoriamente los cimientos del modelo, generando una triple crisis: de costo, eficacia y accesibilidad. En relación al **costo**, ha aumentado considerablemente el porcentaje del PBI de los países en lo que refiere a la atención médica. En cuanto a la **eficacia**, la medicina no tiene respuestas a situaciones tales como enfermedades crónicas, degenerativas, así como a las enfermedades que se asocian con el stress, propias de la civilización moderna. Milton Teris hace referencia a la necesidad de una segunda revolución epidemiológica, que seguramente está asociado a los modelos alternativos que están surgiendo en relación a la crisis que se está planteando acerca del modelo. La crisis de **accesibilidad**, tiene que ver con la demanda cada vez mayor de la población, al impactar la medicina en cada vez más espacios de la vida social.

En la actualidad, la medicina puede producir directamente una riqueza; convirtiendo a la salud en objeto de consumo, deseo de algunos y lujo de otros. Esta introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y el mercado, no elevó el nivel de salud (2010: 358); para elevar el nivel salud es preferible contar con un buen nivel de educación que con un buen nivel de consumo médico. En cuanto a lxs beneficiadxs de dicha generación de riqueza, la mayor rentabilidad la obtienen las empresas farmacéuticas. Dicha industria está basada en la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, a través

de las instituciones de Seguridad Social, que obtienen fondos procedentes de personas que están obligadas a protegerse contra las enfermedades. Lxs médicxs se convierten así en intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda del "cliente"; simples distribuidores de medicamentos.

Es interesante y necesario pensar la medicina como parte de un sistema histórico, un sistema económico y de poder y observar estos vínculos de modo de conocer y tomar decisiones en pos de la salud, teniendo en cuenta la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII, a la vez que el impacto de este modo de responder a los padecimientos subjetivos del cuerpo social.

En este sentido Menendez plantea la Atención Primaria como un espacio más propicio para la participación siendo el eje la comunidad misma, y la posibilidad de solución más vinculada a las prácticas sociales, corriendo al/la médicx del ejercicio complejo de su saber técnico; lo cual descalifica el “saber profesional médico”. Es la práctica médica predominantemente curativa aquella donde el médico actúa a partir de su saber técnico y ensaya, por lo menos, parte de su entrenamiento profesional, obteniendo su reconocimiento como profesional médico, con eficacia relativa y autoridad técnica.

La Atención Primaria es más eficaz y menos costosa, ya que se enfoca en una línea preventiva. Afirma Menendez, debe estar basada en el grupo familiar y debe tender a reforzar la autonomía de los grupos intermedios respecto del Estado y/o la sociedad dominante, sobre todo a partir de concepciones autogestionarias y deben cuestionarse las prácticas que directa o indirectamente favorecen el control social o ideológico de los conjuntos sociales.

En este sentido, dentro de las “luces auspiciosas” aparecen en las instituciones las prácticas de trabajadorxs sociales, dentro del sistema de salud público y en el marco de la lógica del derecho a la salud. Profesionales formados con una mirada compleja sobre la sociedad, sirviendo de nexo entre el Equipo de Salud y la población que allí asiste, empatizando, tendiendo puentes entre miradas, hegemónicas y subalternas, construyendo con cada acción, pese a las adversidades del contexto en lo cual ahondaré un poco más adelante.

También como luces auspiciosas aparece la práctica de las doulas, como un emergente social, una demanda de las mujeres que crean historia desde abajo, a partir de un llamado visceral bien interno, uterino, ancestral, de recuperar, los partos como hechos propios; estos acompañamientos, al no estar legitimados desde las instituciones quedan circunscriptos en términos generales a la lógica del mercado en tanto servicio por el cual la madre que quiera contar con una doula deba pagarlo; al margen de la creatividad y la flexibilidad que expresan las doulas que han comentado en las entrevistas trabajar de modo voluntario en los casos que así lo requieran, priorizando la necesidad de la mujer que llega a ellas.

CAPÍTULO 2

ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS



En este capítulo precisaré las definiciones metodológicas que orientaron este proceso de investigación.

Investigar para comprender los fenómenos que constituyen nuestra realidad. Nombrarlos e interpelarlos buscando acceder a significados, sentidos, valores subyacentes e intencionalidades aparentes.

1. Enfoque metodológico

Utilicé la **Metodología de Investigación Cualitativa** con la intención de *“incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en su origen como en cuanto a su transformación como construcciones humanas significativas.”* (De Sousa Minayo, 2005)

A partir del mismo apuesto a conocer y comprender aspectos vinculados a la lógica interna de los grupos, las instituciones y lxs actores y actrices en cuanto a:

- (a) valores culturales y representaciones sobre su historia y temas específicos;
- (b) relaciones entre sujetos, instituciones y movimientos sociales;
- (c) procesos históricos, sociales y de implementación de políticas públicas y sociales. (De Sousa Minayo, 2005)

Asimismo, opté por la teoría fundamentada desde una perspectiva dialéctica; *“La teoría fundamentada es una metodología general para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y un análisis sistemático de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos”* (Rodríguez Gómez et al, 1999)

2. Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue:

- Indagar acerca de las prácticas y discursos de las doulas y de lxs trabajadorxs sociales en relación al parto- nacimiento respetado en nuestra ciudad.

Los objetivos particulares que se persiguieron fueron:

- Identificar las incumbencias profesionales de lxs trabajadorxs sociales del campo Salud en relación a los procesos de parto -nacimiento y los derechos y necesidades de las mujeres en este proceso.
- Caracterizar el ejercicio de la práctica de una doula
- Reconocer el mapa de relaciones de poder que se establece entre el saber- ser- conocer de trabajadorxs sociales, doulas, mujeres madres y sistema de salud.
- Profundizar sobre el vínculo entre doulas y trabajadorxs sociales y espacios de encuentro y desencuentro entre ambas prácticas.

3. Universo de unidades de análisis

El universo estuvo compuesto por dos agrupamientos diversos. Por un lado Trabajadorxs sociales vinculadxs a los procesos de parto- nacimiento en el sistema de salud pública en la ciudad de Mar del Plata. Por otra parte, doulas ejerciendo su práctica, acompañando partos-nacimientos en la ciudad de Mar del Plata. El período del relevamiento previsto fue el año 2016, ampliando al año 2017 por la aparición de categorías emergentes surgidas en el análisis y revisiones teóricas que reclamaron volver al campo.

4. Muestreo y técnicas de recolección de información

Glasser y Strauss (1967) sostienen que lxs investigadorxs más que estrategias de muestreo estadísticamente depuradas, deberían desarrollar una sensibilidad teórica que permita buscar en los datos las respuestas a las preguntas que explican nuestra realidad estudiada. Las cuestiones básicas que guían el muestreo teórico son: ¿qué grupos suponen un cambio en la siguiente recogida de datos? y ¿en respuesta a qué propósito teórico?.

Es decir que cada unidad de análisis incluida en la muestra es seleccionada por su relevancia teórica. Se produce en el estudio la inclusión de casos capaces de proporcionar explicaciones diferenciadas y de permitir el análisis comparativo base de la formulación teórica. Es así que decidí incluir a dos trabajadorxs sociales de Centros de Atención Primaria de la Salud que no había contemplado en un inicio, al observar que una parte de central interés para mi investigación transcurría en los Centros de Salud y no en el Hospital Materno Infantil tal como había evaluado en un inicio. (García y Rodríguez Gómez, 1999)

De esta manera el trabajo de campo implicó la realización de entrevistas a tres mujeres ejerciendo el rol de doula en Mar del Plata en el año 2016; cuatro trabajadorxs Sociales del Hospital Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti, y dos trabajadorxs sociales de Centros de Atención Primaria de la Salud; CAPS Serena y CAPS I.R.E.M.I.

5. Instrumentos de recolección/ construcción de datos

Realicé entrevistas semiestructuradas (Alonso, 1998) las cuales permiten captar la subjetividad y acceder a un tipo de información que se halla contenida en la biografía del/la entrevistadx, que ha sido interpretada por él/ella y que será proporcionada con una orientación e interpretación específica. *"Esta interpretación es más significativa que la propia información que contiene."* (Ageitos, Laplacette, 2004)

Las entrevistas fueron individuales, salvo un caso en que participó junto con el/la Trabajadorx Social, unx Residente. Todas fueron acordadas previamente, y fueron grabadas en su totalidad con previa autorización de cada entrevistadx. En todos los casos se explicó el proyecto de investigación, aclarando los objetivos del mismo, y la necesidad de su participación para el cumplimiento de las expectativas del trabajo.

Las preguntas fueron realizadas de modo flexible, obviando algunas que se iban respondiendo previamente en otra pregunta, por motivación propia de el/la entrevistadx.

Para preservar la identidad de lxs entrevistadxs se asignó a cada unx una letra según sea Trabajadorx Social (TS) o Doula (D) y el número de entrevistadx que fue, por ejemplo: TS4. En el anexo se encuentran consignados los datos de cada entrevistadx identificado con una letra: edad, sexo, profesión.

Se adjuntan en el anexo los protocolos de las entrevista que fueron semi-estructuradas, es decir, las preguntas fueron preconcebidas de acuerdo a los tópicos esenciales sobre los cuales se quería indagar.

En el caso de lxs Trabajadorxs Sociales indagué sobre las representaciones referidas a:

- su participación en las distintas etapas del proceso (gestación/ trabajo de parto/ parto nacimiento/ post parto/ puerperio),
- su formación específica sobre maternidad/ género/ partos-nacimientos,
- su visión acerca las necesidades de una mujer en las distintas etapas del proceso,
- el vínculo desde lo personal/ institucional con la mujer en las distintas etapas,
- la mirada acerca de la participación del papá en el proceso,
- su concepción de "parto humanizado",
- la reflexión de la propia práctica,
- el impacto de la Ley Federal de Trabajo Social 27.072 en la práctica del/ la trabajadorx social vinculadx a los partos nacimientos,
- el conocimiento de la práctica de las doulas.

Asimismo, en tanto categorías emergentes, aparecieron representaciones vinculadas a:

- la cultura institucional,
- la violencia institucional,
- las características del trabajo interdisciplinar,
- las complejidades en la aplicación de la Ley 25.929,

- la violencia obstétrica,
- la mirada del/la otrx,
- las características de las formas de comunicación paciente- equipo de salud.

En el caso de las Doulas, a las representaciones que apunté a acceder con el instrumento fueron:

- las características de la práctica,
- las características de la formación,
- la caracterización del vínculo con la mujer- madre,
- la participación en las distintas instancias del proceso,
- la visión acerca de las necesidades de la mujer en las distintas instancias,
- la mirada sobre el vínculo institución- mujer madre/ padre,
- el vínculo doula- sistema de salud- otras prácticas,
- la concepción acerca de la participación del papá en el proceso,
- la concepción de parto "humanizado".

En relación a las categorías emergentes surgieron representaciones relacionadas a:

- la reflexión sobre la propia práctica,
- la mirada del/la otrx.

6. Interpretación de los datos

El proceso de interpretación no está escindido del de recolección de datos. *“La teoría fundamentada es una metodología general para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y un análisis sistemático de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos”* (Rodríguez Gómez et al, 1999). Tampoco puede el proceso de interpretación desconocer

el contexto de producción del texto que interpreta: *"Este texto es la representación social de una realidad que se muestra y se esconde en la comunicación donde el autor y el intérprete son parte de un mismo contexto ético-político..."*(De Souza Minayo, 2005)

En el trabajo interpretativo comencé con la realización y desgrabación de las entrevistas. Una vez cerrada la instancia de recolección de datos realicé una lectura de la totalidad de los textos y resalté aquellas partes que me resultaban significativas. Del análisis de los testimonios se construyó un esquema de categorización que incluye los temas previstos en la confección del protocolo. Asimismo, surgieron nuevas categorías que en un inicio de la investigación no había tomado en cuenta. Luego codifiqué los testimonios de acuerdo a este esquema de categorías que permitió organizar y dar sentido al material recolectado dentro de una matriz. Las conclusiones de esta investigación son el resultado de este proceso.

7. Técnicas de análisis de datos

Análisis de contenido y categorización semántica, según los aportes de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss.

A partir de definir un área de estudio, los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación permiten emerger la teoría.

"El análisis es la interacción entre lxs investigadores y los datos" (1967); en mi caso, esta tarea implicó ir poniendo en diálogo y tensión los diversos sentidos que circulaban en los discursos de lxs entrevistadxs sobre su práctica, la maternidad, la salud, etc., para ir trazando esta cartografía interpretativa que me permitiera ir respondiendo las preguntas centrales de esta investigación.

8. Fuentes de datos a emplear

Fuentes de Información secundaria: Documentos sobre el tema, regulaciones normativas, (Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985, Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, Ley

25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable”, Ley 25.929 “Ley de Parto Respetado”, Ley 26.529 “Derechos del paciente”, Ley 26.485 “Prevención, sanción y erradicación de la violencia hacia la mujer”, Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072).

Fuentes de información primaria: Información obtenida de la aplicación de técnicas cualitativas: entrevistas.

CAPÍTULO 3

PROBLEMATIZANDO LA SALUD



*“Frente a las enfermedades que genera la miseria,
frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos,
los microbios, como causas de enfermedad,
son unas pobres causas”*

Ramón Carrillo

Ya he aludido al campo de la salud cuando caractericé el modelo médico hegemónico. En ese apartado el acento estuvo puesto en las consideraciones epistemológicas que el mismo ofrece. En este Capítulo mi objetivo será indagar en la salud como una construcción, como una forma de ver aceptada y reproducida por la mayoría; impregnada de significados, que vehiculizan modos de ver al/la otrx y de ejercer el poder.

La salud como construcción colectiva, legitimada.

*“Toda práctica y discurso llevan en sí una perspectiva
de sociedad, ciencia y ser humano determinada,
incluyendo las prácticas y discursos
de la medicina ortodoxa y de las medicinas alternativas.
El pensamiento médico forma parte de la manera
como el ser humano se relaciona
consigo mismo y con su entorno.”*

Sandra Isabel Payan G (2000)

Cada grupo humano construye colectivamente una concepción del mundo que forma parte de su identidad grupal. De acuerdo a dicha mirada, define la salud de diferentes modos y construye hipótesis explicativas acerca de las enfermedades así como de las estrategias para afrontarlas. Reconoce a sus propios agentes encargados de las curaciones a lxs que legitima colectivamente.

Lo que se disputa no es el saber, sino el monopolio de la legitimidad del mismo. Es así que se da al interior del campo Salud una disputa, en torno al saber, el ser y el poder, el predominio de la “civilización” o la “barbarie”, la razón humana, la razón bestial, el instinto animal. Sistemas de creencia que pugnan por existir, lxs unxs imponiendo, otrxs resistiendo, otrxs intentando ser.

En un acto de etnocentrismo, y de creación de subalternidad y reforzamiento del status quo, todo aquello que no se corresponda con el modelo médico que impera en nuestras sociedades es considerado “alternativo” o “complementario”.

La medicina facultativa u ortodoxa, no deja espacios para otras formas de tratar los diferentes padecimientos que acechan a la humanidad.

Al negar, subestimar e invisibilizar una experiencia, una mirada, por considerarla “inferior”, o una “moda”, se da por asumida una verdad única basada en valores indiscutibles que desde ese lugar crea realidad a partir de ejercer influencia sobre las construcciones intersubjetivas. Como mencioné anteriormente, existen múltiples relaciones de fuerza que sostienen el modelo médico hegemónico, así como representaciones colectivas que lo refuerzan y sustentan.

La OMS define a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

El Modelo Médico Hegemónico asume la salud como normalidad estadística, a la vez que entiende la práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, siendo la enfermedad ruptura, desviación y diferencia. Marcus (2015) expresa que desde esta forma de entender a la salud, la enfermedad llega desde afuera y se debe luchar contra ella; no se considera cómo vive, se alimenta, siente, se relaciona y respira la persona afectada y allí la tarea del/la médicx es determinar de qué enfermedad se trata y atacar el síntoma, independientemente del paciente. El/la consultante delega así el saber acerca de su salud y de su cuerpo. El proceso de salud – enfermedad se vuelve una mercancía y hay una inducción al consumismo médico, siendo la relación médicx – paciente asimétrica, de subordinación social y técnica, a la vez que se excluye la subjetividad; tomando palabras de Pautassi, el/la paciente es

atendidx en tanto ser enfermo y aparece como objeto del discurso sobre la enfermedad. De este modo, la “práctica oficial” de la medicina pretende estructurar una relación aséptica entre unx técnicx y unx legx, en la que el vínculo afectivo sea mínimo. (Pautassi, 2005:136)

Basado una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a las inconsistentes separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad.

Hoy podemos ver a través de los mensajes constantes de los medios de comunicación (portadores oficiales de la verdad hegemónica, funcional a quienes poseen el monopolio del saber legitimado) una concepción de salud y de cuerpo donde los valores imperantes que circulan llevan a modos de vivir lo subjetivo desde un lugar aparentemente absoluto, único. Profundizaré específicamente en esto en el apartado vinculado al cuerpo y al poder.

Sandra Inés Payán (2000) pone énfasis en las condiciones en que se produce el conocimiento, tanto sociales, como culturales e históricas para comprender mejor la trama compleja que conforma dicha realidad: *lo que en nuestra cotidianidad nos resulta tan obvio y tan factible, pudiera no serlo si nuestra mirada y nuestras creencias fueran otras.*

Tomando los aportes de Marcus, la medicina homeopática, también de origen occidental europeo, considera que la salud es el estado de armonía que mantiene la fuerza vital en equilibrio; diagnostica a las personas y no a sus enfermedades, según la personalidad y sus síntomas son las sustancias que usa para su tratamiento que se basa en procesos de auto reequilibración.

Por su parte, los pueblos originarios de América, en general comparten la visión de que la salud es sinónimo de armonía con la madre naturaleza y sus ritmos, incluyen aspectos espirituales que otras cosmovisiones pasan por alto, y confían en que la tierra provee todo lo necesario para la vida, por lo cual los tratamientos que utilizan, dirigidos a las personas y no a entidades externas (enfermedades) se vinculan con plantas medicinales, y en casos graves

comprometen a la comunidad toda en la curación a través de ceremonias colectivas guiadas por sus sanadores.

Dice Isabel Payán: *“El pensamiento médico forma parte de la manera como vivimos, sentimos y pensamos. Todo sistema médico es producto de una historia y una sociedad que lo justifica y lo valida, y la ciencia y los modelos sanitarios se conforman y comportan de acuerdo con los paradigmas de la sociedad en la que se encuentran; por eso **para reformularse lo médico o lo científico, necesariamente debe llegarse a lo social y a lo político.** Desde esta perspectiva, no es posible hablar de medicinas (facultativa o alternativa) sólo como técnicas o formas diferentes de curar, es necesario entenderlas como maneras de pensar investidas de maneras de hacer”.*

Sobre el impacto de la racionalidad moderna en la relación ser humano-naturaleza y el surgimiento de nuevos paradigmas

Me parece oportuno detenerme un instante en las bases de la racionalidad moderna que impactan actualmente en la concepción hegemónica sobre la salud.

En nuestra “Era Moderna”, cuando el capitalismo irrumpe en la historia de la humanidad, el “hombre” occidental se separa de la Naturaleza, se pone frente a ella, en busca de conocer “sus leyes” para someterla y dominarla. (Qhizhpe, 2004). Se impone un paradigma cultural y científico que aún hoy predomina: separación de la Naturaleza, ser humano dividido en cuerpo y alma, el universo dividido en energía y materia, todo medible, todo predecible.

Paradigma, según *Thomas Kuhn*, tiene que ver con «*toda una constelación de opiniones, valores y métodos, etc. compartidos por los miembros de una sociedad determinada*» (Kuhn, 2006: s/d). Se trata de modelos y patrones de apreciación, explicación y acción sobre la realidad circundante.

En palabras de René Descartes "(...) esas nociones me han enseñado que es posible llegar a conocimientos muy útiles para la vida y que, en lugar de la

filosofía especulativa enseñada en las escuelas, es posible encontrar una práctica por medio de la cual, conociendo la fuerza y las acciones del fuego, del agua, del aire, de los astros, de los cielos y de todos los demás cuerpos que nos rodean tan distintamente como conocemos los oficios varios de nuestros artesanos, podemos aprovecharlos del mismo modo en todos los usos apropiados, y de esa suerte convertirnos en dueños y poseedores de la naturaleza" (Burgos, 2003:259).

Por su parte, Francis Bacon decía: *"debemos subyugar a la Naturaleza, presionarla para que nos entregue sus secretos, atarla a nuestro servicio y hacerla nuestra esclava". (2003: s/d)*

En este sentido, acuerdo con el esperanzador planteo de Leonardo Boff, acerca de que estamos entrando en un nuevo paradigma. Una nueva forma de comunicación con la totalidad de los seres y sus relaciones. Se está desarrollando una nueva sensibilización para con el planeta en cuanto totalidad. De ahí surgen nuevos valores, nuevos sueños, nuevos comportamientos, asumidos por un número cada vez más creciente de personas y comunidades; es de esa sensibilización previa de donde nace, según T. Kuhn, un nuevo paradigma. Dice Boff que aún está en período de gestación: de esto se trata la Sociología de las Emergencias; de echar el ojo ahí donde se vislumbra la esperanza y el aire de cambio, de visibilizar, potenciar, integrar. Tomar de lo que existe lo que sirve, y dejar de repetir errores conocidos, si queremos resultados diferentes.

"Perdidos entre máquinas, fascinados por estructuras industriales, enclaustrados en despachos de aire acondicionado y flores marchitas, entre aparatos electrodomésticos y de comunicación, absortos por mil imágenes parlantes. Sobre el trasfondo de la crisis, ellas cobran nuevo vigor y tienden a difundirse y a crear un nuevo modo de ser, de sentir, de pensar, de valorar, de actuar; está surgiendo un paradigma nuevo. Nos fascina el verdor de la selva, nos detenemos ante la majestuosidad de las montañas, nos extasiamos con el cielo estrellado y admiramos la vitalidad de los animales. Nos llena de admiración la diversidad de las culturas, de los hábitos humanos, de las formas de dar significación al mundo. Comenzamos a acoger y a valorar las diferencias. Y surge aquí y allá una nueva compasión para con todos los seres,

particularmente para aquellos que más sufren en la naturaleza y en la sociedad. Siempre hubo en la humanidad ese sentimiento y siempre irrumpió una emoción semejante ya que ellas son humanas, profundamente humanas.” (Boff, 1996)

En este sentido, entiendo la necesidad de que cada sociedad defina auténticamente cuáles son sus prioridades, pensando en presente y a futuro. La lógica productivista actual impregna cada rincón de nuestra existencia, llegando a medicalizar y deshumanizar aspectos tan particulares como son la vida y la muerte, vaciando de simbolismos profundos estas vivencias, alejando a las personas de sus ritmos y elaboraciones singulares e imprimiéndole a todo unos tiempos y urgencias protocolizados, globalizados, despersonalizados.

Sobre el saber y el poder

“El poder (entendido en un sistema amplio, no únicamente político) termina produciendo un saber determinado, con el fin de ponerlo a su servicio”.

Galao Roberto (2005)

De Sousa Santos (2010) plantea a la luz de la Sociología de las Ausencias y de las Emergencias que la colonialidad del poder funciona ocultando experiencias otras, entendiendo a aquello invisibilizado como activamente producido. Las vivencias de las madres, sus intuiciones, el saber ancestral y otros muchos saberes subalternizados quedan descartados; se “*desperdicia experiencia potencialmente transformadora*”. Esto en vista de un monopolio legitimado del saber, lo cual lo transforma en poder, asumido, reproducido, reforzado, impuesto.

Tomaré a Foucault y su visión sobre cómo funciona el poder (1993).

El poder es todo un engranaje de estrategias capacitadas para hacer de los sujetos unos seres al servicio de la sociedad, de acuerdo a la época

en que se gesta. Los sujetos crean discursos, y los discursos crean sujetos a partir de generar dispositivos que impactan en las vidas y en los cuerpos, conteniendo y administrando las actitudes.

Dice Foucault que el poder es algo que se produce, y a la vez es productivo: produce individuos, produce sexualidad e incluso produce las zonas de ilegalidad indispensables para la mecánica del sistema legal. El poder no es una cosa, un bien que se posee; se ejerce a partir de una serie de relaciones de fuerza móviles y desiguales que circulan por la trama social, siendo todas las relaciones, de fuerza, de poder. El poder se inserta en los sujetos, que actúan para un sistema, envueltos en una historia, resultado de luchas de poder.

El saber genera poder y a su vez el poder produce verdad, la "**verdad**", según Foucault es un **efecto de poder**. En este sentido, Foucault se detiene especialmente en la sexualidad como una construcción histórica forjada por diálogos de saber y poder (2008). Observa la historia de la dominación y las relaciones de poder, identificando tres mecanismos de poder desde la Edad Media hasta el siglo XVIII, que han ido emergiendo y conviviendo. Recorrerlos permitirá hechar luz al vínculo poder- medicina- cuerpos/ seres pariendo y naciendo.

Durante el siglo XVI y XVII predominó el "*paradigma legal*", donde el soberano disponía sobre la vida de las personas; se sancionaban leyes y se fijaban castigos, el ser humano sólo debía obedecer.

"El paradigma disciplinario" aparece ante la necesidad de individuos más autónomos, que produzcan y a la vez garanticen un progreso social; se pasa entonces de la Ley a la Norma, y del Soberano al Estado. Con la norma se lo individualiza y es la misma sociedad la que se encarga de reformar a lxs que no se adecúan a la norma. La sociedad y sus instituciones determinan lo que es NORMAL. La ley se encuadra a través de mecanismos de vigilancia y coerción y se ejerce desde las instituciones tales como las clínicas; *"Se hace necesario estudiar al individuo y por ende se llega a la conclusión, de que éste debe ser controlado por la sociedad, e integrado al cuerpo social después de ser disciplinado, por lo cual se crean instituciones que aíslan al individuo del cuerpo social"* (Lombana Basanta, 2014: s/d). La dominación social se ejerce a

través de una serie de dispositivos que se producen para regular hábitos, costumbres, prácticas productivas, los cuerpos y las acciones.

A su vez, existe cierto CONTROL para ayudar a las personas a que vuelvan a ser “PRODUCTIVXS” para la sociedad. El objetivo es disciplinar a los cuerpos, garantizar a través de una relación dócil y útil la dominación sutil de los individuos. El poder se vuelve así fragmentario, como las diversas instituciones, quienes lo ejercen desde sus cimientos disciplinando los cuerpos, buscando garantizar la norma, controlando los instintos de hombres y mujeres de manera sutil y generando cambios en las personas, en su mentalidad, su cuerpo y su condición, produciéndose así el salto al tercer paradigma: el *biopolítico*. Aclaro que no se trata de negar la medicina moderna, sus avances y beneficios, o la existencia de la cesárea que salva vidas; sino de observar la letra chica del contrato social que refiere al abuso de la técnica en detrimento de lo sensible, a la dominación y el control de los cuerpos y los instintos, a la deshumanización de la especie, el avasallamiento de la autonomía y el abuso de autoridad médica sobre la mujer y el/la recién nacidx, sobre el cual se ejercen una serie de prácticas que lo introducen abruptamente en la violencia legitimada.

El “*paradigma biopolítico*” es un tipo de control que no se ejerce sobre una persona sino sobre la especie humana y los hechos biológicos. Aparece un nuevo discurso del Estado, y un nuevo sujeto de lo político: el ser humano como especie. La Biopolítica es un conjunto de estrategias políticas al servicio del poder, que administra la vida de las personas a partir de instituciones, saberes y técnicas de control y manipulación de la vida y los cuerpos, indispensable para el desarrollo del capitalismo, el cual no podría afirmarse sino a raíz de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción (Foucault, 2010: 83). Ve en la sociedad un elemento que hay que proteger, incluso a costa de la sociedad misma; regular la vida para “*evitar que aparezcan peligros que amenazan la especie*”; perdiendo de vista consciente o inconscientemente que al regular la vida amenazan la especie.

Me resulta de particular interés la sexualidad en relación al poder, ya que es allí donde confluyen lo político y lo biológico, el cuerpo individual y los procesos biológicos de la especie. Es por esto que el control de la sexualidad es central en la construcción de sujetos al servicio del Estado; la biopolítica nos mostrará

que el interés del poder es no sólo las consciencias sino los cuerpos de los sujetos para el control de las poblaciones. La búsqueda del control biopolítico es hacer de las poblaciones una máquina productiva.

En relación al poder, Foucault propone 4 reglas (Morresi, 2014):

Regla de la inmanencia: Las relaciones de poder no están por fuera de otro tipo de relaciones, son inmanentes al dominio en que se ejercen.

Regla de las variaciones continuas. Las relaciones de poder son cambiantes, reversibles e inestables. No hay una distribución desigual y fija del poder: *médicx- paciente, docente-alumnx*. Hay desplazamientos, inversiones. Por tal motivo no debemos buscar quién posee el poder, sino más bien cómo se ejerce. ¿Qué permite que suceda? ¿Cómo se sostiene dicha ecuación? Conocer la trama de relaciones de poder que conforman el sistema, así como las representaciones colectivas que afianzan estas relaciones. Es que la colonialidad de las mentes nos incluyen a todxs y nos invita a un ejercicio constante en pos de nuestro empoderamiento.

Regla del doble condicionamiento: Ningún foco local puede funcionar sin una serie de encadenamientos sucesivos; pero tampoco una estrategia global puede funcionar si no se apoya en relaciones precisas y tenues que le sirvan de soporte.

Regla de la polivalencia táctica de los discursos: Los discursos no son verdaderos en sí mismos, la verdad no es algo que esté en las cosas y haya que descubrirla, se inscribe en un juego estratégico. Los argumentos, las palabras sólo adquieren sentido en situaciones particulares.

Ensayando cruces entre los aportes del pensamiento biopolítico en torno al poder y el descolonial, me remito a Catherine Walsh (2013), para quien las prácticas institucionales tienen un fuerte componente racial colonial, donde se niega el saber-ser-conocer de los sujetos, en este caso de la mujer sobre su propio cuerpo y gestación, entregando el lugar del “conocimiento” a la figura del/la *médicx* y colocando el poder fuera de sí mismas.

Que el “saber” “poder” se coloque afuera de nosotrxs mismxs, es algo que venimos ejercitando desde los tiempos de Colón. Esa colonialidad de las mentes, nos hace aparecer ante los ojos del/la “profesional” como ignorantes, sobre aquello que forma parte nuestro y nos acompaña toda nuestra vida, pero que hemos dejado de escuchar y de interpretar. La razón hegemónica (hay razones liberadoras) ha invadido el terreno de lo intuitivo y lo emocional, ha invalidado percepciones y sentires sobre lo propio en pos de una cientificidad fragmentada, neutra, técnica, que no sólo no se involucra con otros aspectos que vayan más allá de lo físico, sino que al perder de vista al ser humano como integral, lo divide, aliena y deshumaniza. Es que el ser humano no es sólo razón, también es instinto, también es emoción.

Pareciera que el deslumbramiento de la modernidad, de lo ajeno y ese desmedro de lo propio, (lo “incivilizado”, lo “bárbaro”, retomando a Sarmiento) nos lleva a imitar un modelo que no condice con nuestros ritmos internos, que no tiene en cuenta a nuestra población sino que se guía con unas lógicas ajenas, a la humanidad misma.

Redistribuir el saber médico en torno a la salud, (Belmartino, 1987) es fundamental para transformar el modelo. Para esto debe haber un encuentro entre lxs detentadorxs del poder y la población. En este sentido, debería haber un cambio en la relación médicx- paciente; abrir el diálogo para que se genere la apropiación por parte del/la paciente de su propio cuerpo, que las personas conozcan y entiendan la raíz de su problema, algo que es complejo de suceder en principio por la actual relación cantidad de pacientes, tiempo de atención.

Resalta Belmartino la importancia de la interdisciplina para transformar la práctica; cómo se utilizan los recursos, en qué sentido se orientan. Quienes están en el campo, deberían poder adecuar esa teoría que se imparte desde otro lugar ajeno a la práctica, a esa realidad en particular y dinamizar esta relación dialéctica donde todo cobra sentido. "Sentido", etimológicamente proviene de sentire: “oír”. Hace alusión a una escucha más precisa, a oír lo que sucede, llenándose así de contenido y razón de ser. Construcción necesariamente colectiva que requiere la participación de todxs lxs actores y actrices. Generar participación popular para transformar las relaciones de poder. En Argentina (Belmartino, 1987) todo el debate político está pensado en

torno a las cúpulas de poder, a cómo presionan las organizaciones sectoriales sobre los órganos ejecutivos y legislativos, y no se enfoca la atención en la participación de las bases para la transformación.

Asimismo, en lo que respecta a cómo se ejerce el poder - saber, considero fundamental tener en cuenta a las relaciones de género; a la construcción social de lo femenino y lo masculino, la cual tomando a Pecheny (2007) es una categoría fundante de cómo los sujetos viven las experiencias sexuales.

Estas relaciones de poder construidas social y culturalmente no solamente estructuran los vínculos entre hombres y mujeres, sino también las relaciones entre diferentes tipos de hombres y diferentes tipos de mujeres en el contexto de sistemas social, política y económicamente complejos, en función de los recursos materiales y simbólicos singulares.

A su vez, dicho autor explicita los vínculos entre el poder, la moral, la religión, la ciencia y la sexualidad. Antes del siglo XX, las "verdades" sobre la sexualidad correspondían a las instituciones religiosas. Luego, los "discursos verdaderos" surgieron desde el pensamiento científico positivista. Tardíamente, debido a la historia de estas disciplinas, las ciencias sociales se ocuparon del tema, siendo, hasta fechas muy recientes, el paradigma hegemónico en las ciencias sociales el estudio de los fenómenos objetivables u objetivados, imitando el método científico desarrollado por las ciencias naturales. Es así que en este entramado, la sexualidad desde las ciencias sociales se seguía viendo como una cuestión natural y universal.

Profundizaré el análisis en relación a las cuestiones puntuales del poder y la sexualidad en el apartado siguiente.

Quisiera traer por último dos citas de Foucault: "*Creemos que nuestro presente se apoya en intenciones profundas, necesidades estables; pedimos a los historiadores que nos convenzan de ello. Pero el verdadero sentido histórico reconoce que vivimos, sin jalones ni coordenadas originarias, en miríadas de acontecimientos perdidos*" (1988). En este sentido, la re-construcción histórica y la observación de la misma en términos de poder-saber nos permite ver las diferentes fuerzas que se superponen, reforzando o acelerando determinados movimientos, o luchando entre sí. Y dice Foucault en este mismo libro: "*en sí*

mismas las reglas están vacías, son violentas, carecen de finalidad, están hechas para servir a esto o aquello, pueden adaptarse a gusto de unos o de otros. El gran juego de la historia es para quien se apodere de ellas, ocupe el puesto de los que las utilizan, se disfrace para pervertirlas, utilizarlas al revés y volverlas contra los que las habían impuesto; para quien introduciéndose en el complejo aparato lo haga funcionar de tal forma que los dominadores se encuentren dominados por sus propias reglas”

En este sentido, es a raíz del modelo médico hegemónico patologizador, que se basa en el riesgo productivo como un universal, a partir de entender a todos los partos como peligrosos y por lo tanto dignos de ser intervenidos, (Castrillo, 2016) que se han creado distintos dispositivos legales en la última década que proponen la revisión de las prácticas médicas y establecen los derechos sexuales y reproductivos. Estos procesos reconocen las disputas entre la sociedad civil, el Estado, las corporaciones médicas y las instituciones de salud, evidenciando las luchas de poder y las correlaciones de fuerza cambiantes. El Estado, movilizado por demandas de la sociedad civil busca desde este lugar a partir de la Ley establecer ciertos derechos e intervenir a su vez en la profesión médica a partir de diversas normativas ministeriales, interpelando también de este modo a la sociedad en sus representaciones de género y a las mismas mujeres.

Reflexiones sobre el poder, Ley 26.529 de Derechos del Paciente

Siguiendo el análisis sobre el poder y entendiéndolo como una serie de relaciones de fuerzas móviles y desiguales que circulan por la trama social, me resulta interesante analizar la Ley de Derechos del Paciente.

La misma tuvo por objeto establecer los Derechos del/la paciente en su relación con lxs profesionales y las instituciones de salud. Esta Ley surge con fines de proteger a lxs pacientes a partir de la desigual distribución y ejercicio del saber- poder por parte de las autoridades médicas.

La Ley explicita el *derecho a un trato digno y respetuoso*; esto evidencia la alienación, la pérdida de valores éticos que atraviesa el sistema sanitario, la sociedad en su conjunto, si entendemos al todo y la parte como un todo indisoluble. También defiende la *autonomía de la voluntad, la posibilidad de aceptar o rechazar terapias o procedimientos médicos*. Aquí se observa, al existir una Ley que busca habilitar la mirada del/la “otrx” y la decisión sobre su propio cuerpo, que en nombre de la ciencia y el saber se ha traspasado el límite corporal al punto de decidir por ese otro de manera absoluta y definitiva, apropiándose el/la médicx de un cuerpo que no le pertenece y expropiando a esx otrx de su voluntad de elección.

Asimismo, establece el *derecho a recibir (o no) información sanitaria vinculada a su salud, entendiendo por “información sanitaria” aquella que de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del/la paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fuera necesario realizarle y las posibles evoluciones, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos*. Esto hace referencia a los tecnicismos que operan en el diálogo médico- paciente y a la necesidad de poder hablar en un lenguaje unívoco, accesible y teniendo en cuenta a los interlocutores, sujetos sensibles que ya transitan de por sí determinado padecimiento que requiere empatía y acompañamiento.

La Ley también establece el *consentimiento informado, la declaración de voluntad por parte del/la paciente, la cual deberá ser por escrito en caso de internación, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, entre otros*. Muchas veces, los tecnicismos en la comunicación desde el/la médicx hacia el/la paciente llevan a que el/la mismx se someta a determinados procedimientos ya sea por falta de comprensión, por depositar la confianza en el/la profesional, o por situaciones extra-ordinarias de vulnerabilidad que no les permiten procesar y tomar una decisión sentida, integrada con su forma de ser-pensar, con los ritmos propios.

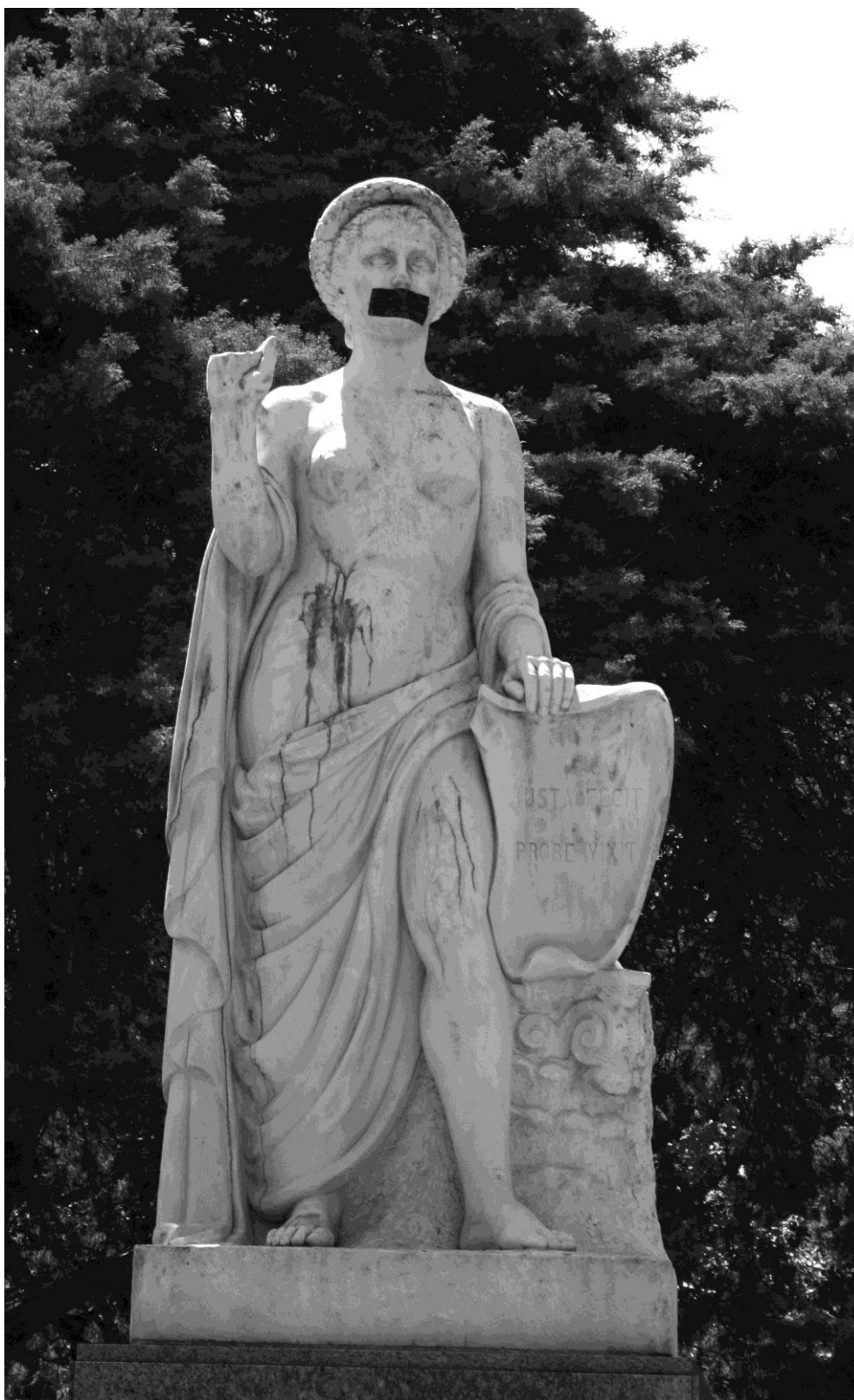
La Ley, por último, aclara *que ningún/a profesional que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley está sujetx a responsabilidad civil, penal ni administrativa, derivada del cumplimiento de la misma*. Entiendo que la presente Ley abre un abanico de grises al incorporar la mirada del/la

“otrx” (siendo el/la “otrx” quien inicia la demanda de la intervención y por tanto quien da sentido a la misma, y aquel/aquella sobre cuyo cuerpo se interviene), y se busca con este artículo “cubrir” legalmente a quienes actúen en este sentido, en pos de democratizar el vínculo y la salud.

Dice Foucault, (1988) *“Antaño las religiones exigían el sacrificio del cuerpo; hoy el saber pide experimentar en nosotros mismos, sacrificar al sujeto de conocimiento. (...) La pasión del conocimiento hará incluso perecer a la humanidad.”*

En este capítulo desarrollé cómo las relaciones de poder construidas social y culturalmente impactan en los modos de vivir la salud, atravesada por la colonialidad que implica la entrega/apropiación del cuerpo y su sabiduría profunda. Indagué en la racionalidad moderna y en el lugar de dominio de la naturaleza que subyace a este modo de pensar la cual está conduciendo a la destrucción de lo que nos rodea y la necesidad de repensarnos en los vínculos que establecemos. A su vez, realicé una reflexión acerca de cómo el saber produce poder y éste produce “verdad”.

Estas categorías son centrales para el análisis de la maternidad, el cuerpo, el parto –nacimiento y las intervenciones en, con y sobre estos procesos. En el próximo capítulo me detendré en una problematización relativa a los cruces entre género, salud y maternidad allí donde la sexualidad y lo corporal emergen como subjetividades cargadas de proceso social.



CAPÍTULO 4

GÉNERO SALUD Y MATERNIDAD

*“Luchar por un embarazo y parto respetado
es reivindicar la autonomía corporal femenina,
la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres
y transformar lo personal en político.”*

Felitti K. (2011)

En este capítulo ahondaré qué se construye en el espacio donde se encuentran las relaciones de género imperantes, las concepciones hegemónicas de salud y las visiones y mandatos que se transmiten y circulan en relación a la maternidad. ¿Cómo impacta esto en nuestra forma de vivir-experimentarnos como seres sexuales? ¿y al momento de parir? ¿Qué lugar ocupa el parto- nacimiento a nivel social?.

Sobre la regulación de la sexualidad (de ausencias y presencias)

La salud sexual y reproductiva es un *“estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”* (Programa de acción desarrollado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994). En esta línea, cabe preguntarnos si lo que sucede en nuestros actuales partos y nacimientos es saludable, si se da dicho bienestar físico, mental y social, o qué es lo que estamos generando con la actual atención del embarazo y el parto nacimiento.

Retomando a Foucault, la sexualidad es una construcción que se ha estructurado desde distintos discursos y dispositivos disciplinarios de poder; (Foucault, 2008) discursos diversos, institucionalizados y reforzados por las ciencias. Es la sexualidad uno de los lugares por los que el poder circula.

Foucault ubica la emergencia de la sexualidad a fines del siglo XVIII, cuando el poder inviste la vida desde la anatomopolítica y la biopolítica (Morresi, 2014)

Luego del *“paradigma legal”* y el *“disciplinario”*, aparece la *“biopolítica”*, que relaciona sexualidad, saber y verdad, y explicita que el interés del poder no es

sólo las conciencias de los sujetos sino que tiene que ver con los cuerpos. Es a partir de la manipulación y el control de los mismos que el Estado comienza a administrar las cuestiones biológicas. En pos de sostener un sistema económico, unas determinadas relaciones de poder en base a intereses de grupos particulares. En este momento, las ciencias ocuparán un rol importante; encargadas de crear la norma adecuada para la sociedad. *“la modernidad en su fervor científico impulsó al hombre a conocer biológicamente su cuerpo y psíquicamente sus pensamientos”* (Lombana Basanta, 2010: 36). Se pasa así de la regulación sexual a partir del silencio a un sexo más discreto, regulado por las ciencias médicas, la psicología, las ciencias naturales, todo un engranaje al servicio del Estado. Es la confesión, utilizada por la pastoral cristiana la que transforma al sexo en discurso; alrededor del mismo se configura toda una clínica, síndromes, síntomas, enfermos y sanos. A partir del contacto de las ciencias con la subjetividad y vivencias de los propios sujetos, la sexualidad se volvió natural; ahora debía ser administrada: se pasó del confesionario al diván del psiquiatra, pasando a explicar las acciones del hombre y la mujer desde signos y síntomas.

Durante el siglo XVII, las relaciones sexuales se regían a través de un sistema de matrimonio propio de la aristocracia donde prevalecían los lazos de sangre. En el siglo XVIII, las sociedades modernas crearon un nuevo dispositivo en pos del control de las poblaciones, y la familia es llevada a las instituciones, donde es administrado el saber.

Es interesante la relación que hace Foucault entre la afirmación del capitalismo y la inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo, mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. Para ello, era necesario educar los procesos biológicos de la especie.

En este sentido, quiero detenerme en el parto nacimiento como un momento cúlmine de la vida sexual de la mujer que está deviniendo en madre, el hombre en padre, y el ser que está naciendo, convirtiéndose aquí en familia. La manera como abordemos este momento de nacimiento - muerte de lo anterior- renacimiento a esta nueva situación- ser familia, estará hablando de nuestros valores culturales, formas de ver, de entender e intervenir, de acompañar este rito de transición. No debemos asociar la palabra “rito” a algo ancestral, místico,

mágico (más allá de que el nacer sí lo sea para mi forma de ver) sino al conjunto de prácticas específicas en momentos puntuales, con sus particulares significaciones y simbolismos. Esto estará hablando de nuestra sensibilidad, empatía, comprensión compleja (o no) del fenómeno.

Las relaciones de género y la mente patriarcal (Naranjo, 1993)

El género constituye la categoría explicativa de la construcción social y simbólica acerca de los hombres y las mujeres sobre la base de la diferencia sexual; dicha categoría analiza la síntesis histórica que se da entre lo biológico, lo económico, lo social, lo jurídico, lo político, lo psicológico, lo cultural; implica al sexo pero no agota ahí sus explicaciones. (Hernandez García, 2006). El concepto de género designa aquello construido por las sociedades para estructurar, ordenar, las relaciones sociales entre mujeres y hombres. Los contenidos de la identidad femenina y masculina se transmiten y subjetivan a través de la socialización; esta categoría pone en tela de juicio el conocimiento acumulado históricamente hasta el momento.

El concepto *género* surgió por la década del sesenta del siglo XX dentro del ámbito de la Psicología en su corriente médica, para destacar un acontecimiento hasta entonces no valorado: existía algo fuera del sexo biológico que determinaba la identidad y el comportamiento.

A partir de descubrir el papel de la socialización como elemento clave en la adquisición de la identidad femenina o masculina, Robert Stoller y Money en 1964 (Hernandez Garcia, 2006) propusieron una distinción conceptual entre “sexo” y “género”, en los cuales el sexo refiere a los rasgos fisiológicos y biológicos del ser macho o hembra, y el género, a la construcción social de esas diferencias sexuales; esto suponía explicar una serie de condicionamientos sociales y culturales, especialmente los femeninos, enunciados desde el discurso patriarcal como “naturales”; he aquí la tarea de deconstrucción y observación minuciosa. Lo considerado “femenino” está vinculado a un complejo proceso individual y social, donde el poder circula, retomando a Foucault, en una

trama de relaciones femenino masculino que varía de cultura en cultura. Esto vuelve necesario observar cada contexto en particular, para analizar de qué manera se teje la trama de relaciones de poder donde la característica esencial es el dominio masculino. La base de dicha diferencia es el sexo. Esta impacta directamente en la vivencia subjetiva del cuerpo y la sexualidad.

En tanto construcción sociocultural, detrás del género lo que existen son los símbolos, la ideología (sustentados en un orden material) que busca establecer un orden social: instaurado el patriarcado, busca perpetuar la dominación masculina a través de los más diversos mecanismos objetivos y subjetivos.

Tomando a Hernández García, *“lo esencial en la feminidad en el imaginario social, a partir de su construcción sociocultural, es lo natural, lo biológico, representado en la capacidad exclusiva de la maternidad y de ahí “emocionalidad, el cuidado, el ser para los otros, la fragilidad, la dependencia, entre otros”, mientras lo esencial en la masculinidad, viene dado por la cultura, la creación, el pensamiento abstracto, la trascendencia social de la biología. De ello se desprende que lo relacionado con lo natural-biológico-mujer, en el proceso de construcciones simbólicas y la práctica concreta, emerja como inferior o subordinada a la cultura-hombre”*.

De acuerdo a este autor, de datos etnográficos se infiere que el predominio del género masculino sobre el femenino, es prácticamente universal; al respecto, Joan Scott, ya concluía que el género es el campo por medio del cual, se articula el poder. Como consecuencia, las diferencias de géneros estructuran la percepción y organización concreta y simbólica de toda la vida social.

En esta línea, y profundizando el origen de la subordinación de lo femenino, Claudio Naranjo, psiquiatra chileno, establece cómo la sociedad patriarcal construye la mente patriarcal, la cual sostiene y reproduce este sistema de relaciones desiguales.

Naranjo (1993) sienta sus bases en la neuroanatomía; las investigaciones de Paul Maclean, han revelado la estructura tripartita del cerebro humano. Se considera al neocórtex, de origen evolutivo más reciente, como el cerebro propiamente humano, en tanto que compartimos el cerebro medio con nuestros

antecesores mamíferos y el cerebro arcaico se asemeja al de los reptiles. Es, en este último, dónde se asienta principalmente la vida instintiva, en tanto que en el cerebro medio lo hace nuestra capacidad relacional y en el neocórtex las funciones intelectuales superiores. Descubrimientos recientes asocian estos tres cerebros a tres funciones psíquicas: el querer, el sentir y el pensar, respectivamente. Esta visión del ser humano como tricerebrado, postula la interacción interna de tres “personas interiores”, y argumenta que la condición sana es aquella en que el régimen de tiranía interior es reemplazado por un equilibrio entre sus tres componentes: lo filial iría aparejado a la acción, lo “materno” al amor y lo “paterno” al intelecto. Es así como explica que en el patriarcado y en el capitalismo el cerebro racional domina al mamífero y al primitivo, (es decir, el padre, sobre la madre y el/la niñx) subyugando la naturaleza de las otras dos partes, estableciéndose así relaciones de género desiguales.

Es desde esta visión que Naranjo entiende al problema de la civilización como un problema de mentalidad patriarcal, y expresa: *“llamaré mente patriarcal, o, si se quiere, ego patrístico para referirme a ese complejo de violencia, desmesura, grandeza e insensibilidad que parece haber surgido entre los hombres ante la crisis de supervivencia que sobrevino hará unos 6000 años, cuando ciertas poblaciones agrícolas arcaicas indoeuropeas y semitas tuvieron que volver a hacerse nómadas y terminaron por convertirse en comunidades de guerreros depredadores.”* (Naranjo, 1993)

Asimismo, dice: *“Así como domina el pater-familias sobre “su” mujer y “sus” hijxs, domina en nosotros la voz de la sociedad patriarcal represiva sobre la voz de nuestro aspecto materno y sus valores matrísticos, e igualmente sobre nuestro “niñx interior”. De esta mente patriarcal, naturalmente, han cristalizado nuestras formas de vida, instituciones y leyes, que en una crisis de obsolescencia, nos vemos en la necesidad de reconsiderar y, tal vez, dejar atrás. Pero el dominio del Padre Absoluto en la sociedad, en la cultura y a través de la historia no se ha expresado sólo a través del machismo, sino, también, a través de la tiranía de la razón sobre la emoción y el placer instintivo, y a través de una sobrevaloración del saber a expensas del amor y de la libertad.”*

De lo dicho anteriormente se desprende la estrecha unión entre naturaleza y cultura, entre hombre y mujer, y las tramas de poder que se tejen y circulan, transformándose en cada realidad y momento histórico particular. Son las mentalidades patriarcales y coloniales las que sustentan la dominación y a la vez son sostenidas y reproducidas por dicho sistema y sus instituciones y aparatos ideológicos.



El cuerpo como espejo:

lugar de reflejo de los vínculos humanos.

“Pensamos que el cuerpo no tiene otras leyes que las de su fisiología y que escapa a la historia.

Nuevo error; está atrapado en una serie de regímenes que lo modelan; está roto por ritmos de trabajo, de reposo y de fiestas, está intoxicado por venenos; se forja con la resistencia.”

(Foucault, 2008: 51)

“Hace años, por mi propia experiencia, llegué a la conclusión de que no había en este mundo nada más subversivo del orden social, que ser consecuente con los sentimientos, cuando éstos están anclados y enraizados en el latido visceral.”

(Casilda Rodríguez Bustos, 2008: 158)

“Generan pánico en los mercados los cuerpos agrupados, ordenados desde otra lógica, intentando construir nuevos hechos y acontecimientos”

(Carballeda, 2005: 219)

Los cuerpos de la Argentina de hoy hablan de padecimientos, cicatrices, producto de las luchas en el campo de batalla; es que en el cuerpo se expresan, “los regímenes que lo modelan”, “los ritmos de reposo y de fiestas”, se expresan los significados de una cultura que impacta en lo concreto y lo particular. Según Le Breton “vivir es reducir el mundo al cuerpo, a través de los

simbólico que este encarna” (Le Breton, 2002). Es por esto, que analizar el cuerpo permite profundizar en la construcción simbólica del presente, en los valores y sentidos que otorga cada sociedad al mismo.

Nuestra actual concepción del cuerpo moderno, está vinculada al ascenso del individualismo y la emergencia de un pensamiento positivo y laico sobre la naturaleza. Es en el siglo XVI y XVII que nace el hombre y la mujer de la modernidad: separadxs de sí mismo, de lxs otrxs y del cosmos.

En el hombre- mujer de Descartes, conviven un alma que adquiere sentido al pensar y un cuerpo, o más bien una “máquina corporal” reducida a su **extensión**. Esto queda plasmado expresamente en la siguiente cita, que pertenece a la Tercera Meditación de Descartes: *“Ahora cerraré los ojos, me taparé las orejas, eliminaré todos mis sentidos, incluso borraré de mi pensamiento todas las imágenes de las cosas corporales, o al menos, porque apenas puedo hacerlo, las consideraré vanas o falsas”*

En las sociedades occidentales hay un borramiento del cuerpo, y en este sentido, tal como enuncia Naranjo, una primacía de la razón sobre el instinto animal y el amor mamífero. Pese a ser el cuerpo el lugar de manifestación del ser, allí donde se marca la diferencia con el/la otrx, experimentamos, tomando la cita de Descartes, una disociación. Podemos observar a la medicina, una de las instituciones más importantes de la modernidad, la cual se ocupa del cuerpo, y no del/la enfermxx en su totalidad. Esta fractura ontológica, según Le Breton, nace de las disecciones que comenzaron a practicarse en el siglo XVI, las cuales caracterizaron al cuerpo como algo fuera de la persona. (Le Breton, 2002: 58)

El cuerpo aparece así como escenario de disputa, en donde la naturaleza (parto y nacimiento como aspectos, procesos de la sexualidad femenina y reivindicadores de nuestra especie mamífera) y cultura (modos, concepciones y prescripciones) se debaten en una lucha de opuestos por la conquista de territorio. (Maldonado, 2008)

Con Marx se incorpora el *cuerpo* al discurso de la modernidad; entendiendo al cuerpo como producto de las relaciones sociales de producción y de trabajo. El capitalismo implicó arrendar la propia fuerza de trabajo a un sistema que

demandaba generar ganancia a través de él: “*cuerpo explotado*” y “*enajenado*”, vinculado a la apropiación desigual de los bienes materiales y simbólicos para uso, explotación y enajenación del cuerpo, y su producto, el trabajo. (Barrera Sánchez, 2011). **Las reglas que comienzan a regir el cuerpo son las propias del modo de producción capitalista: rapidez, eficacia productiva, el cuerpo como mercancía, como herramienta para la expansión del capitalismo; aquí se da una relación de dominación donde algunos emplean el cuerpo como modo de subsistencia y otros el cuerpo ajeno como modo de acumulación.** De ahí que en esta línea, el sometimiento desde lo corporal que se da en un trabajo de parto es en parte un continuum de lo que sucede en la “fábrica” y en los diversos trabajos propios del modo de producción capitalista; donde se produce una regulación de los cuerpos y se fabrican esbozos de sentir, pensar, actuar, desconectando al ser humano de la escucha de su propio cuerpo, a partir de formas adecuadas de sentir, expresar, vivir. El sistema educativo también es una pieza fundamental en este proceso de disciplinamiento del cuerpo (Barrera Sánchez, 2011), en que la burguesía y el capital ocupan un lugar central.

Dice Casilda Rodríguez (2008): “*La desconexión de la mente del resto del cuerpo es sólo consecuencia de una socialización represiva de nuestras pulsiones y de nuestras emociones, que en los momentos claves de su desarrollo mantiene inactivas las conexiones neuromusculares correspondientes; si luego se le suma la ocultación cultural, las mentiras de palabra, de omisión y de hecho, sobre lo que nos ocurre, así como la inercia de los hábitos sociales, el resultado es que nuestra conciencia se forma y se mantiene desconectada de lo que pasa en el resto del cuerpo.*” Se silencia de este modo la sabiduría corporal en pos de la adaptación a los ritmos y formas que el modo de dominación- acumulación económica propone.

Asimismo tomando a Bourdieu (1995), las prácticas sociales de los hombres y mujeres, se nos revelan a partir de la relación dialéctica entre *campo* y *hábitus*, siendo el campo aquello objetivado; “lo social hecho cosa”, compuesto por una estructura de relaciones. Aquel conjunto de disposiciones determinan nuestra forma de pensar, sentir y actuar. En cada campo circula y se disputa el capital específico del campo particular, y cada agente según la posición relativa, (la

cual es producto de luchas) poseemos determinado capital social, cultural, simbólico. Esto genera determinados *hábitus*, concepto que hace alusión al aspecto subjetivo; a lo social inscripto en el cuerpo. Son principios generadores y organizadores de las prácticas y representaciones, esquemas de categorizaciones con que asimamos la realidad, fruto de la imposición de las estructuras objetivas sobre las subjetividades. Entonces, según cómo se dé este proceso de incorporación del *hábitus*, será nuestra concepción de *cuerpo*.

Las personas adquirimos en la socialización el sentido de la posición que ocupamos. Bourdieu entiende al cuerpo como un producto social, irrumpido por la cultura, las relaciones de poder, de dominación y de clase. En el cuerpo se inscriben las relaciones de dominación, entendiendo a la dominación en sentido material, concreto, simbólico, en tanto un grupo social es capaz de crear sentido y articular y sostener el consenso de esa dominación. En este sentido, y retomando la cita de Rodrigáñez, acerca de la primer gran represión de las pulsiones e inhibición del desarrollo de conexiones neuromusculares necesarias en cada etapa vital, podemos mencionar el momento en que el/la niño o niña es separado de su madre para realizarse una serie de prácticas de separación con el fin de individualizar la intervención en el nuevo sujeto; se crea en este momento un nuevo "factor de riesgo": el/la recién nacidx, dando prioridad al protocolo y la urgencia hospitalaria convirtiéndose en el primer eslabón del proceso de silenciamiento/ borramiento de los cuerpos y su escucha, que comienza desde el principio de la vida con el nuevo ser humano y con su familia; y por consiguiente con la sociedad toda.

Es visible cómo en nombre del "riesgo", y del supuesto necesario control sobre la vida se emiten mensajes que generan miedo en pos de obtener la obediencia y la disciplina. Tal como dice Roberto Rodríguez Andrés (2011) "*se ha constatado que las apelaciones al miedo en la comunicación de riesgos son muy efectivas para condicionar las opiniones y los comportamientos, siendo así un importante factor de influencia. Como afirma Gordon (1971), el secreto de este poder reside en que actúa de forma directa sobre los sentimientos y lo emocional, que tanta repercusión tienen en el ser humano. Quizá por este motivo ha sido tan frecuentemente utilizado ya que, como sostienen Pratkanis y Aronson (1994: 216), "valerse del miedo es un recurso sumamente eficaz"*.

Esto ha llevado a que numerosos autores a lo largo del tiempo hayan considerado el recurso al miedo como una “herramienta persuasiva” más (Boster y Mongeau, 1984; Stiff, 1994; Mongeau, 1998; Collins, 2009)”

De todas las expropiaciones que corresponden a la historia de América Latina, dice Grela (1989), la expropiación del cuerpo tiene una categoría relevante, ya que describe y sitúa una situación de violencia milenaria que evidencia el sello de apropiación imperialista. (Maldonado, 2008)

En relación a la expropiación del cuerpo, es frecuente escuchar en grupos de mamás en puerperio “me robaron el parto”. Fruto de la violencia patriarcal, que como objetivación impacta en la adquisición - construcción de nuestro hábitus y pone (a la vez que entregamos) nuestro cuerpo en las manos mayoritariamente masculinas y/o médicas; los cuerpos de las mujeres en trabajos de parto se ven expuestos a prácticas invasivas, y muchas, injustificadas, convirtiéndose en violentas en nombre de la razón y la monocultura del saber, del tiempo lineal, la clasificación social, la lógica de escala dominante y la productivista.

La voracidad de estas prácticas mercantilistas respecto al cuerpo, se acompaña y sostiene desde una sensación de ajenidad, de extrañeza, de temor y falta de conocimiento frente al mismo, situación que opera a partir de la reducción de potencialidades en diversos aspectos, comprometiendo la identidad de la mujer como sujeto de derechos y necesidades en tales circunstancias, haciendo abuso de la razón (de la mente patriarcal según Naranjo, alejadxs de todo instinto y contacto amoroso) e invisibilizando a la mujer, quien es desposeída de su cuerpo, de su parto, del nacimiento de su hijo/hija, de su propia sexualidad y su momento íntimo y único, de su voz y participación sobre el acontecer, de ser validada en cuanto a sentires y decisiones sensibles y personales.

En relación a la anulación y menosprecio de la dimensión corporal como un aspecto esencial de la persona, a partir de la cual percibimos, sentimos, expresamos, y nos vinculamos con lxs otrxs, dice María Eugenia Maldonado, teniendo en cuenta los protocolos y la tecnología que operan en nombre de un “bien mayor”: *“La tecnología silencia y reemplaza aspectos concretos y simbólicos de lo corporal. ¿Pareciera que silenciar el idioma del cuerpo ha sido una de las metas de esta civilización”?*

Foucault, por su parte, hace un detalle sobre los mecanismos, dispositivos y tecnologías que intervienen en la modernidad sobre los cuerpos. Éste, toma al cuerpo como un producto social inserto en relaciones de poder y dominación a través de estrategias que se utilizan para docilizar al cuerpo, tales como las fábricas y hospitales. En este sentido, enuncia al cuerpo en y a través de un sistema político. En las actuales sociedades disciplinares aparece el “*cuerpo productivo*”, que se vincula al **papel político del cuerpo en las relaciones económicas del mundo**: las sociedades disciplinares buscan fabricar un cuerpo dócil, útil y sometido y lo hacen a través de sus técnicas disciplinares. El cuerpo se regula a través del conjunto normativo de las instituciones, en el caso de la organización productiva, sus intereses rentables, le dan aún mayor fuerza a ese objetivo. Es así que las prácticas mercantiles atraviesan, inundan y vacían el momento del parto nacimiento, el cual pasa a ser un acontecimiento más en la cadena de producción de “seres humanos”. A esto llamó Floyd (1994) *el carácter tecnocrático del nacimiento*. La desvirtuación del acontecer nacer y parirse familia, y la expropiación del cuerpo y posterior apropiación de dicho momento por parte del personal sanitario, se refleja en situaciones tales como la litotomía, posición horizontal de la mujer para parir, poco orgánica pero cómoda para el médico y su intervención. En palabras de personal sanitario de una maternidad de La Plata *“En posición de litotomía no es tan fácil pujar pero si en una maternidad de alto riesgo se hacen 2500 partos por año en esta posición, y se tienen los pibes”...*(Castrillo, 2016), dándose prioridad a la médicx- obstetra en detrimento de la mujer parturienta: *“el que interviene ve, palpa, decide, corta, y la que tiene que obedecer no tiene dominio sobre su propio cuerpo y debe dejar hacer”* (Pozzio, 2013: 7, 8)

“No poner oxitocina, no romper la bolsa, sí, estamos de acuerdo. Ahora, cuando vos tenés siete u ocho trabajos de parto a la vez y cuatro o tres personas para atenderlo todo, podés darle a ese trabajo de parto lo que necesita y no colaborar en que algunas etapas se aceleren para que vos puedas terminar con ese parto y seguir dedicándote al otro?” (Castrillo, 2016: 18). Esta frase evidencia la alienación profesional y la lógica capitalista que arrasa con la sensibilidad acorde al momento, a la vez que una naturalización

de la violencia en las condiciones de trabajo y el momento del parto nacimiento centrado en lxs profesionales y no en la mamá y el bebé.

Asimismo, una expresión frecuente en el ámbito obstétrico es “hacer partos” enfatizando una acción desde afuera del propio cuerpo, activa por parte del/ la profesional, alejada de la naturaleza del proceso, a la vez que coloca a la mujer y a su propio cuerpo como objeto pasivo de intervención.

Es el cuerpo, entonces, espacio de disputas; allí confluyen diversas relaciones de fuerza. El mismo espeja a través de las intervenciones y las prácticas médicas la cristalización de las relaciones de poder (Castrillo, 2006), construídas y por lo tanto potencialmente subvertidas.

En su artículo “La teta decolonial”, Ester Massó Guijarro argumenta la subversión que representa la lactancia como acto amoroso, transc corporal, que trasciende la individualidad y el egoísmo del cual se vale el actual sistema económico, desvaneciendo los límites corporales que sucede inevitablemente en la relación lactante, y que desafía los mandatos acerca de la maximización de la producción material, a la vez que rompe con la dicotomía público-privado propia de nuestros divorcios epistemológicos más clásicos en Occidente. Quería traer este artículo para cerrar el apartado dedicado a lo corporal, reafirmando el carácter subversivo de la maternidad en nuestra sociedad capitalista y patriarcal que confirma el necesario debate a dar-nos en pos de la recuperación de la dimensión corporal y la necesaria emancipación desde los inicios de la vida.

Acerca de la violencia obstétrica

La **violencia obstétrica** es “... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (Medina, 2008)

Medina define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. La forma de violencia más nombrada (Magnone Aleman, 2011) refiere al intervencionismo innecesario que inhibe los procesos naturales de los cuerpos de las mujeres y los recién nacidos.

La violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado el cual, tomando palabras de Matteazzi y Russo (2016), comprende tres aspectos:

El primero refiere a la vulneración del derecho a la intimidad, que implica la intromisión del equipo de salud no consentida por la mujer en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales. Respecto a esto Canevari (2011: 38) expone que:

“Dentro de la sala de partos, mientras transcurre un parto, puede haber diez personas observando y aún se sigue restringiendo el ingreso a un/a acompañante. El hecho de que los cuerpos de las mujeres se transformen en campos de prácticas, las expone a la vulneración de sus derechos”

El segundo aspecto supone la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud.

El último, refiere a los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que implican la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor de las mujeres, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos. Canevari (2011) plantea que en las instituciones de salud se da una despersonalización en la relación comunicativa, donde entre el equipo de salud y los/as usuarixs se establece una relación anónima, donde la mujer es tratada como un objeto y no como un sujeto de derechos.

Es interesante señalar que por primera vez en el año 2007 un estado de América tipifica la violencia obstétrica. El artículo 51 de la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” de Venezuela, establece:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Tomando palabras de Magnone Alemán (2011), la violencia institucional en salud es posible porque la sostienen sistemas de poder jerárquicos de género e institucional, respectiva e interconectadamente.

Por violencia de género, tal como se expresa en el Artículo primero de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas de 1994, se entiende *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”* Fernández (1994, 2006) plantea que para que la violencia de género pueda existir es preciso que una sociedad haya previamente inferiorizado, discriminado y fragilizado al grupo social femenino, en donde la discriminación debe permanecer oculta; y los discriminados deben articularse con el resto de la sociedad de tal modo que no peligren las reglas de discriminación vigentes. En relación a la violencia institucional, la misma es enunciada en la Ley 26.485 en el artículo 6 inciso b

como "(...) aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley."

Formando parte de la trama saber- poder- violencia de género y obstétrica- cuerpos dóciles, el saber de las mujeres es descalificado por la institucionalidad médica, considerado ingenuo y acientífico, "*No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica*" (Arguedas, 2014: 155), siendo doblemente descalificadas en razón del lugar social que ocupan las mujeres en la dominante estructura social de género donde se privilegia lo masculino sobre lo femenino. Arguedas propone un nuevo concepto: el *poder obstétrico*. Poder disciplinario, que tiene por objetivo la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, partos y nacimientos. "*Esto sólo es posible si los procesos de alteración y desorden son vigilados para que no causen caos. De esta manera, un proceso biológico y natural como el embarazo, se transforma en patología o enfermedad*", medicalizando, protocolizando y justificando la entrega y apropiación del cuerpo desde la supuesta minimización del riesgo.

La violencia obstétrica es una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos, en tanto, como plantea Tamayo (2001), es un tipo de violencia que tiene por objetivo el control de los cuerpos y deseos de las mujeres.

En este sentido, a partir de conocer las leyes vigentes y las necesidades reales de las mujeres en trabajo de parto, podremos acercarnos a un abordaje complejo de la temática, y a través de la promoción de derechos podemos contribuir a la ampliación de la ciudadanía emancipada, que implica la habilitación de personas conscientes de sus derechos y responsabilidades.

Pequeña GENEALOGÍA DEL EMBARAZO-PARTO-NACIMIENTO (y de cómo esto pasa de ser un evento sexual íntimo a ser algo público instituido.)

Existieron tiempos en los que las mujeres parían acompañadas de matronas o comadronas en su propia casa o en algún sitio específico dentro de su grupo o núcleo familiar. Esto, al igual que otros ritos les permitía sostener un espacio de intimidad operando además como pasaje de conocimiento y transmisión de saberes propios de su cultura. De hecho, el nacimiento era celebrado como uno de los rituales más significativos. Si bien resulta imposible nombrar las heterogeneidades y las representaciones propias de cada grupo o comunidad respecto a estos hechos, sí es posible acercarse a que los mismos corresponden a prácticas que dan sentido e identidad y se sostienen desde un lugar donde el cuerpo/ lo corporal es vivido-experienciado-pensado y asumido e integrado como un eje fundamental en consonancia con la naturaleza y sus leyes.

Cabe destacar que las prácticas humanas, como hechos culturales necesitan contemplarse desde la multiplicidad de sus aspectos, como así también de sus singularidades, por lo cual en esta instancia referiremos al parto no solo como proceso fisiológico abordado desde la perspectiva y del aporte del saber médico, sino como hecho cultural, el cual no es exclusivo de la mujer, sino de toda la sociedad, de su cosmovisión particular.

Tomaré como aporte el texto de María Isabel Blázquez Rodríguez "Aproximación a la antropología de la reproducción" (2005); allí analiza la reproducción humana, como proceso biológico, en su vínculo con las condiciones materiales y las relaciones sociales y realiza una serie de precisiones respecto de la historia de la penalización del aborto y la configuración de la medicina y su hegemonía.

Si hacemos una recorrida histórica en relación a los procesos de gestación-partos- nacimientos, hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas relativas al parto y nacimiento eran relativamente uniformes en el mundo; las mujeres se movían libremente durante el trabajo de parto, eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, y parían generalmente en sus casas (Lembo, 2009 en Magnone Alemán). Es a partir del siglo XVIII, con el advenimiento de la era industrial, en las sociedades occidentales que se comienza a afectar el modo tradicional de atención del parto llegando a configurar en la actualidad, en la mayoría de estos países, un modelo hospitalizado y centrado en la tecnología, un acontecimiento aislado de su

entorno, homogéneo para todas las mujeres, dejando de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, siendo ahora el personal sanitario quienes participan, dirigen, y deciden, a través del empleo de sofisticada tecnología y medicalización allí donde había medicina natural. (Sadler, 2003: 8)

Expresa Blázquez Rodríguez cómo se va dando este paulatino control sobre los cuerpos de las mujeres, y que aquello que pasa en sus cuerpos durante este proceso deja de ser un asunto suyo, íntimo, privado, volviéndose público. Toma a Narotzky (1995: 52-53) y Tabet (1985: 84), quienes señalan que el control se da desde el momento de la fertilidad y fecundación hasta la crianza. Campo y hábitos; las mujeres incorporan lo social objetivado y se entregan a este proceso, con la confianza socabada por mandatos y discursos.

Asimismo, Narotzky (1995: 60) muestra cómo en Inglaterra durante el siglo XIX la penalización del aborto va ligada a la consolidación de la profesión médica y a su lucha por controlar campos como el de la atención al embarazo, parto y puerperio que había estado hasta ahora en manos de las mujeres. Barbara Ehrenreich (1990: 111-116) y la historiadora de la medicina Teresa Ortiz (2001:60) y (1999: 81-93), señalan que este proceso ejercido por la medicina obstétrica, de querer controlar y regular el saber popular de las masas y de otros grupos tradicionalmente dirigidos a la atención de la reproducción ha producido la hegemonía de su conocimiento sin permitir otras formas alternativas de concebir el embarazo, parto y puerperio, normativizándolo.

Toma también a Davis Floyd (2001), quien sostiene que en la actualidad los cuidados que afectan al parto se organizan en base a tres modelos en medicina: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Cada modelo define diferente la relación mente-cuerpo y por tanto estructura a su modo el enfoque de cuidado sanitario. El modelo tecnocrático jerarquiza la separación entre mente y cuerpo y piensa al cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico plantea la unidad de cuerpo, mente y espíritu y concibe el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con otros campos de energía (Davis Floyd, 2001: 1). La autora señala que las

personas que se dedican a la obstetricia y que combinan elementos de los tres modelos tienen la oportunidad de crear un buen sistema obstétrico.

Considero central definir al parto- nacimiento como un evento de salud sexual y reproductiva. (Reichert, 2014) Y es que la reproducción humana es mucho más que un proceso biológico; está determinado por las condiciones materiales, políticas y las relaciones sociales que establecen un modo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos (embarazo, parto, puerperio) produciendo una ideología de la maternidad y la paternidad. Decimos entonces que si bien este proceso es universal en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, se encuentra culturalmente moldeado, dándose de diferente manera en cada sociedad y en cada grupo social.

Davis Floyd (1994) afirma que en este caso, mediante la atención obstétrica actual, se produce que la mujer asuma los dictados sociales y las demandas de las instituciones, y se inicia la socialización del recién nacido/a para enseñarle a hacer lo mismo. Atravesado por la necesidad de adaptar a los seres humanos al capitalismo, *“insertar los cuerpos en el aparato productivo”* se reproduce dicha lógica productivista; el factor tiempo avasallando ritmos fisiológicos y emocionales naturales, el factor económico subestimando lo humano y el respeto más que necesarios en momentos de extra-ordinaria vulnerabilidad, el factor calidad subordinado al de cantidad que permita reflejar en cifras estadísticas la eficiencia institucional.

Como mencioné anteriormente, en nuestro actual rito de paso, se dan los símbolos que permiten la interiorización de los valores culturales de la sociedad que se quiere crear; **así este microproceso puede dar cuenta de cómo se organiza una sociedad, los principios ideológicos que la sustentan y de las interacciones entre todos ellos.** *“Desde esta visión amplia y compleja de la reproducción, entendemos la centralidad de ésta en cualquier sociedad, y la necesidad de su control por parte de las instancias que detentan el poder, ya que está en juego a través de cualquiera de sus componentes la perpetuación social.”* (2005)

Es así que a través de los procesos de socialización, las mujeres, las parejas y su entorno aceptan estas reglas sobre el funcionamiento del sistema médico en

relación a los embarazos y partos como algo inevitable, natural y legítimo. (Jordan, Irwin 1987). El concepto de “*conocimientos autorizados*” Jordan (1993) expresa la hegemonía de los conocimientos y del control biomédico y cómo esta consigna es interiorizada por la mayoría de las mujeres, en un proceso de autocontrol de las mismas mujeres para ajustarse a estos dictámenes que le son impuestos.

Pero además de preconizar formas de autocontrol por parte de las mujeres y de lxs expertxs médicxs, se da un control social por parte de la sociedad, que se visibiliza en los diversos mitos y tabúes asociados a la mujer embarazada y al parto, (Imaz, 2001, 2002) representaciones en torno a lo “patológico” del proceso, así como a la mirada “productiva” sobre la reproducción humana. En cuanto a lo patológico, expresa Blazquez Rodriguez, diversos estudios (Ortiz, 2002 y 1999), (Rich, 1996), (Ehrenreich, 1988 y 1990) (Davis-Floyd, 1996) y (Martín, 1987) muestran como la ginecología ha partido históricamente de entender el cuerpo femenino como patológico o defectuoso. En relación a la mirada social “productivista”, Martín (1987: 63, 66, 143, 146), Tabet (1985:119-120) y Narozky (1995: 60) explican cómo el contexto hospitalario se convierte en una fábrica, dónde el interés reside en el producto y no en el proceso, donde considera a las mujeres como las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por lxs doctorxs, y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas, el control del tiempo,... de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado en la que se la despersonaliza. Tabet (1985: 114-120) va más allá y dice que este proceso supone una explotación, ya que consiste en expropiar a la agente reproductora, la mujer, de la gestión de las condiciones de trabajo y del producto. (Blazquez Rodriguez, 2002: 12)

Actualmente, el eje principal de las rutinas médicas es el tiempo, y se opera desde la imposición para que este proceso sea lo mas breve posible.

La fisiología del parto y nacimiento aparece como un significativo clave, opuesto al intervencionismo vinculado a la naturaleza de dichos eventos. En este sentido, la “humanización” se propone como vuelta a la fisiología, en el sentido del respeto a la dinámica del trabajo de parto y parto y a no intervenir médicamente (salvo en relación a ciertas patologías, que no es de ningún

modo la mayoría de los casos) aludiendo plazos de tiempo cumplidos en los cuales los cuerpos femeninos (defectuosos) no encajan, a la vez que prestar atención a la dimensión subjetiva de la mujer, devolviendo, a la vez que conquistando, el protagonismo de la mamá que está pariendo y al/la bebé que está naciendo.

Actualmente, en Holanda, la atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas (Escuriet, 2014). El sistema asegurador de salud holandés, promueve que las mujeres sin riesgos reciban cuidados de una matrona o unx médicx general durante el embarazo, utilizando el cuidado especializado sólo cuando se presentan complicaciones.

El sistema de salud se organiza en dos niveles. El primer nivel es la atención primaria y controla el acceso al segundo nivel, que es la atención secundaria o especializada. Un volumen importante de mujeres opta por un parto domiciliario con su matrona (o médicx general en algunas partes de Holanda). En estos casos se asigna unx profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto. Todos los hospitales cuentan con áreas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, pero en términos económicos, la opción de un parto hospitalario supone asumir el costo de la habitación del hospital; he aquí otra pista a seguir para desenrollar el hilo genealógico de la locura.

Por su parte, la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, acompañan y promueven también *“la valorización de la intuición y sabiduría de la mujer para parir desde una perspectiva fisiológica, integrada respetando sus derechos tiempos, necesidades y deseos.”* (Maldonado, 2008)

Necesidades de la mujer en el proceso de parto-nacimiento

“Las embarazadas y madres lactantes normalmente se sienten solas, cuando lo que necesitan es un gran apoyo social; en cambio, la mujer que da a luz tiene a tres o cuatro personas a su alrededor,

cuando lo que necesita es intimidad”

Odent, 2011.

A la hora de participar, formar parte de alguna u otra manera de un parto-nacimiento, como profesionales debemos reflexionar sobre nuestra mirada acerca de este momento vital. Del posicionamiento que tengamos en relación a este hecho deviene la calidad de nuestra práctica, por lo que se torna imprescindible profundizar en conocer las necesidades de los protagonistas de este proceso: la mamá y el/la bebé.

¿Cuáles son sus necesidades?.

El punto y aparte hace alusión a una pausa.

A ese momento de detenernos en la vorágine y permitirnos entrar en el tiempo del no tiempo, para penetrar en el universo simbólico de unx otrx en un momento extra-ordinario de su vida.

Considero fundamental hacernos esta pregunta, como profesionales que intervenimos en reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales (Ley Federal de Trabajo Social 27072), y entendiendo como derecho de toda mujer en trabajo de parto el ser tratada con respeto y de modo individualizado, así como ser acompañadas en sus tiempos biológicos y psicológicos particulares. A su vez, se entiende al respeto por la diversidad como fundamental para el trabajo social, por lo que “la mirada de/lal otrx” debe, necesariamente, ser tenida en cuenta. En todo momento de la vida, pero destaco el momento específico del trabajo de parto por considerarse un momento fundamental de la vida sexual de la mujer y de especial vulnerabilidad por la entrega que el proceso requiere.

Entonces, cuando miro al/la otrx, a partir de su propio relato, su perspectiva, su momento vital, sus necesidades, sus miedos y no desde lo que yo considero mejor para esx otrx desde mi propio universo de sentidos, me dejo interpelar por esa realidad, con un respeto profundo por ese entramado simbólico construido a lo largo de una vida.

Y a esto hace alusión Boaventura de Sousa Santos cuando nombra a la **Sociología de las ausencias** (2010); cuando descalifico cierta mirada y la hago

aparecer activamente como invisible, a partir de mi criterio único de verdad, estoy aplicando lo que el autor define como *monocultura del saber*. Desde distintos criterios asumidos, consciente o inconscientemente, legitimados por la razón eurocéntrica dominante, elimino como posibilidad de ser, aquello que mi escala de valores heredada y reinventada considera como ignorante, residual, inferior, local o improductivo. Para esta racionalidad, dicha existencia resulta un obstáculo frente a las realidades que se consideran importantes: lo científico, lo avanzado, superior, global y productivo.

Boaventura propone entonces, la Sociología de las emergencias; frente al vacío de futuro que propone la concepción de tiempo lineal, infinito, desde un lugar hegemónico y totalizante, proponer un futuro de posibilidades plurales y concretas, a partir de visibilizar múltiples experiencias negadas por las distintas monoculturas de la racionalidad imperante. La sociología de las emergencias propone cuidar el futuro, ampliar los saberes, prácticas y agentes existentes de modo de identificar en ellos las tendencias de futuro sobre las cuales es posible actuar para maximizar la probabilidad de la esperanza (2010: 26) y definir principios de acción que promuevan la realización de esas condiciones.

En pos de cuidar el futuro, es que es necesario hacer una pausa y observar cómo estamos recibiendo a las futuras generaciones. Si no queremos naturalizar la violencia como forma de interacción debemos observar la mirada de una mujer en el abismo de un trabajo de parto y recibirla, tal como dice Carballada (2002) “*alojar el padecimiento subjetivo*”, no por hacer énfasis en el sufrimiento o lo patológico de este momento vital y natural, sino por ser capaces de identificarnos empáticamente, y ser de real ayuda a la dupla mamá- bebé en este momento trascendental de su vida y de extrema vulnerabilidad.

Cien años antes de Darwin, Jean-Jacques Rousseau se atrevió a catalogar a la especie humana como una más dentro del reino animal. (Odent, 2011) No es algo que hagamos habitualmente, en nuestra mentalidad predominante, reconocernos parte de la naturaleza, pero Odent, reconocido obstetra francés, explica el parto como un proceso involuntario que está relacionado con aquella parte del cerebro que compartimos con el resto de los mamíferos y que es donde se segregan las hormonas que posibilitan el parto. Y tal como es un proceso involuntario, el mismo no se puede ayudar, sino intentar no perturbarlo

demasiado, para no estimular el neocórtex, esa parte del cerebro aprendida, racional, que a veces, producto de nuestra cultura e ideas imperantes puede limitar a la mujer en el desarrollo del trabajo de parto, algo totalmente natural para todas las mamíferas.

Niles Newton, de la Universidad de Chicago, estudió los efectos del entorno en el parto nacimiento de lxs mamíferxs. Entre los factores que contribuyen a hacer que el parto sea más largo y difícil está el trasladar a la mujer de un lugar a otro mientras está dando a luz. También trasladarla a un entorno que no le resulte familiar. Muchas especies de mamíferas abandonan su grupo cuando el parto es inminente. Otras se aíslan. Hay una necesidad universal de intimidad. Una habitación pequeña genera más sensación de intimidad. Un rincón, más todavía. Y si está oscuro, mejor.

El proceso del parto, explica Odent, es un proceso cerebral. La parte del cerebro activa durante el parto es la parte primitiva, antigua, la que segrega las hormonas necesarias para producir contracciones uterinas eficaces. Esto, sólo sucede si se reduce la actividad del cerebro nuevo, o “neocórtex”, esa parte del cerebro que nos permite ser científicxs, racionales y utilizar el lenguaje. Ese que la cultura forma y deforma; según cuan armonioso sea su vínculo con las otras partes del cerebro, retomando a Claudio Naranjo, según el equilibrio o desequilibrio propuesto por la cultura y el discurso hegemónico en relación a la propia naturaleza humana, al vínculo entre el padre- la madre y el/la hijx internxs, contribuirá o dificultará el desarrollo del trabajo de parto nacimiento. El ser humano se caracteriza por un enorme desarrollo del neocórtex, el cual es capaz de inhibir los procesos instintivos, involuntarios.

En este sentido, preguntar a la parturienta el número de documento cuando ingresa en pleno trabajo de parto, no es lo recomendable si queremos ser de ayuda. A su vez, la luz, es un poderoso estimulante del neocórtex, hecho que ha sido demostrado a través de electroencefalogramas; el sentido de la vista es el más “intelectual” de nuestros sentidos. Estas observaciones, son sólo algunas de las que nos comparte Michel Odent, quien dirige el Centro de Investigación de Salud Primal en Francia, (entendiendo al "período primal" como aquel que incluye la vida fetal, el tiempo durante el que transcurre el nacimiento y el año siguiente al nacimiento), el cual cuenta con un banco de datos de cientos de

referencias de estudios publicados en revistas científicas y médicas. Todos estos estudios investigan la estrecha relación entre el "período primal" y la salud y conducta durante la vida.

Por eso es necesaria la pausa.

Para ver al/la otrx.

Para aproximarnos al/la otrx con quien trabajamos, y poder verlx, no desde los anteojos de una lógica atravesada por el disciplinamiento de los cuerpos, la represión de los instintos y la intervención profesional sobre un sujeto- objeto pasivo, sino desde la mirada de unx profesional-ser humano que observa el elevado índice de cesáreas; según datos del Ministerio de Salud de la Nación de 2015, en el sector público rondan actualmente el 30% y en el subsector de obras sociales supera el 61%. (Ministerio de Salud de la Nación, Prensa, 29/10/16.)

“Hacer que la mujer se sienta como en casa, tener en cuenta las dimensiones de la sala de nacimientos, estar al corriente de los beneficios del desorden y de la oscuridad... son demandas fáciles de respetar. Basta con ser conscientes de su importancia.” (Odent, 2011: 65)

Que el entorno se parezca lo menos posible a un hospital, y otros aspectos fundamentales en el nuevo modelo de atención perinatal está expreso en el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, un detallado programa basado en la experiencia de 35 años del Hospital Ramón Sardá, que está disponible para quienes tengan voluntad y quieran ser parte de esta transformación. El mismo será sintéticamente desarrollado más adelante.

Hacia el cambio de paradigma en atención perinatal

Declaración de Fortaleza 1985: recomendaciones para los servicios perinatales del mundo.

En abril de 1985 en Fortaleza, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas, organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La revisión de los conocimientos sobre dicha tecnología llevó a la adopción unánime de distintas recomendaciones, aplicables, según la OMS a los servicios perinatales de todo el mundo. A continuación detallaré sintéticamente los aspectos que considero más relevantes de la Declaración, en la cual participaron más de 50 personas; obstetras, pediatras, epidemiólogos, comadronas y madres, entre otros, lo cual permite entrever la apertura al diálogo y la búsqueda de confluencia y aporte de miradas diversas, lejos de limitar la discusión/ el "saber" a determinado sector.

Admite en primer lugar la necesidad de que se realice una profunda transformación en los servicios sanitarios así como en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales para poder viabilizar las recomendaciones.

Establece que toda mujer tiene Derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención; incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Esto coloca a la mujer en el centro de la escena, en un intento de ordenar una situación que se desordenó con el avance del patriarcado y de las tecnologías. Asimismo, no recomienda colocar a la embarazada en la posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo, aspecto que se realiza para comodidad del médico y no en relación a la naturaleza de la mujer. En relación a esto Giberti (citada en Felitti, 2011) remarca la importancia de utilizar una posición de parto vertical, dándole así un lugar de mayor igualdad a la mujer respecto del/la médico, exponiendo que el cuestionamiento a esta posición responde a una cuestión ideológica y no de espacios y tiempos.

El Documento de la OMS, considera a los grupos de ayuda mutua entre madres como de valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto, lo cual también sienta postura en relación a la circulación del saber-poder y la democratización del mismo.

Asimismo, se propone informar a la comunidad sobre los distintos métodos de atención al parto de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que

prefiera, a la vez que se promueve la práctica del autocuidado en el período perinatal. En esta misma línea, dice que los ministerios de salud deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto, a la vez que cada país debiera evaluar dicha tecnología y difundir dichos resultados con el fin de modificar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general. En este sentido, sería interesante conocer cuál es el apoyo de las políticas públicas a nivel económico y de planes de acción en relación a la difusión de información, de cuidados preventivos, así como a la reflexión y evaluación de las tecnologías utilizadas en nuestro país, provincia, ciudad. Y enuncia: *“sólo tras esta evaluación debieran los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.”*

El Documento, a su vez, cuando incentiva la evaluación sobre las tecnologías utilizadas, involucra a todxs quienes las utilizan: epidemiólogxs, sociólogxs, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología; considerando a la mujer en este proceso, con participación y autoridad evidente para formar parte del equipo que evalúe dicha tecnología si a lo que se apunta es a una mirada integral que tenga en cuenta los aspectos subjetivos de quienes ponen el cuerpo de manera más explícita.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales de comprender para prestar una atención perinatal adecuada. Esto lleva la cuestión a un plano mucho más amplio que lo exclusivamente físico, teniendo en cuenta a la mujer en su integralidad así como la necesidad de trabajar interdisciplinariamente buscando cada equipo sanitario la coherencia y la construcción de una filosofía de trabajo común donde sea posible la coexistencia de parteras tradicionales con el sistema oficial buscando mantener un espíritu colaborativo en beneficio de la madre.

El equipo sanitario, dice, debiera prestar apoyo emocional.

Propone también que en la formación de lxs profesionales se transmitan los conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto. También se promueve la inclusión de técnicas de comunicación en la formación de lxs profesionales de la salud, para promover un trato respetuoso con las familias y/o embarazadas. Aspecto fundamental que menciono a lo largo del trabajo en varias ocasiones; el tecnicismo en el lenguaje médico, la

falta de comprensión del mismo por parte del/la paciente y la consecuente situación de subordinación y alineación que esto genera.

Además de recomendar la lactancia inmediata (aspecto que no es de ninguna manera imponerla a quien no desea transitarla), establece que no hay justificación para que un país tenga más de un 10-15% de cesáreas. Un reciente estudio, realizado en ocho países de América latina, entre ellos la Argentina, mostró una frecuencia global de 30%, aunque en centros privados superaba el 50%. (Ceriani Cernadas, 2009)

En este sentido, el Documento fomenta que los organismos gubernamentales, las Universidades, sociedades científicas y otros grupos interesados sean capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de cesáreas, investigando y dando a conocer los efectos nocivos sobre la madre y el/la hijx.

Respecto a las prácticas realizadas (en muchos casos de manera rutinaria y protocolizada), establece:

- que después de una cesárea debe recomendarse un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- que no está indicado rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto.
- que debe protegerse el periné siempre que sea posible y no está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- que la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas y ninguna región debería tener más del 10% de inducciones.
- que durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésico o anestésicos.
- que no está justificada la rotura precoz artificial de la bolsa.

El Documento propone que se promuevan reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarixs, grupos de mujeres y medios de comunicación.

Normativa en Argentina

En un contexto internacional que apuntaba hacia la atención médica respetuosa de embarazos y partos, se sancionó en 2004 la ley 25.929 de “*Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*”. Desde ese momento, se establecieron normativas y guías de procedimientos en esa misma dirección desde los Ministerios de Salud nacional y provincial. El documento “Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo”, fue producido por el Ministerio de Salud de la Nación conjuntamente con UNICEF en 2011; la “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”, fue autoría de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación de 2012; y la “Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicada en 2012.

El conjunto de esta serie de normas es considerado (Castrillo, 2016) una de las expresiones de la política de “*humanización*” que se asienta, según estudios sobre el tema, sobre dos dimensiones principales: la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo– y la crítica y transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos. Esto se da por un lado a partir de la Ley, en que se establecen los Derechos de las mujeres, y por otro a partir de las Guías procedimentales que establecen las obligaciones de las instituciones de salud para su cumplimiento. En dichas guías utilizan el criterio de la rutinización y establecen cuáles intervenciones están aconsejadas y cuáles desaconsejadas. La modificación de estas prácticas se relaciona con el acceso de derechos a la salud, sexual y reproductiva de las mujeres, complementando ambos ejes, la política de *humanización*.

La propuesta de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, (MSCF) supone cambios en la estructura organizacional y en lo institucional de las maternidades públicas.

La *humanización* de la atención médica se vincula a un paradigma que propone cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, y que tiene antecedentes en diversas áreas de la salud.

En la atención de partos de bajo riesgo, específicamente, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garanticen una serie de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. De este modo, la *humanización* de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto et al, 2015 en Castrillo: 3).

La normativa ministerial se asienta sobre un enfoque de derechos, entendiendo a la atención a la salud como responsabilidad de los gobiernos, en lo moral y lo legal, y al/la paciente como persona empoderada que ha tomado consciencia de sus derechos y puede exigir su cumplimiento.

El Modelo de Maternidades Centradas en la Familia y la transformación de la cultura organizacional

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal. El mismo fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva; la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras. Poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua (Uriburu et al., 2008 en Conceptualización del Modelo MSCF con enfoque intercultural). En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. Inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada

en la Argentina desde 1994, se propuso la iniciativa Maternidades Centradas en la Familia.

UNICEF trabajó, en cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura, la cual constituye un llamamiento a los países de las Américas para que redoblen los esfuerzos con el propósito de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (Larguía et al., 2007), en la que se explicita el marco legal internacional y de la Argentina que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”.

“Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna”.

De aquí se derivan 5 ejes conceptuales y 15 principios los cuales delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio (Tabla 1). A su vez, la guía menciona las complejidades y dificultades que presenta esta transición y menciona que *“El logro de los resultados depende de cambios que deben alcanzarse a distintos niveles del sistema: en la cultura, la estructura y el funcionamiento de la organización; en la conducta de los miembros del equipo de salud e incluso, en la de las madres y sus familiares”.*

Realiza un detalle exhaustivo de 10 pasos a transitar para la implementación del Modelo; los cuales son atravesados por los distintos Ejes Conceptuales y Desglosados en Objetivos y Actividades específicas recomendadas para facilitar la aplicación del Modelo.

En este sentido, cabe preguntarnos cuál es el posicionamiento y accionar del Hospital Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti de nuestra ciudad en relación a este Programa. La Guía mencionada establece una serie de pasos de diagnóstico así como de identificación de brechas entre la práctica observada y la esperada, barreras y facilitadores y una pormenorizada guía de evaluación de las estrategias implementadas. Asimismo, también elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna por medio de la participación en la iniciativa HAMN. Se observa la centralidad del Eje Conceptual 1 propuesto por la guía: Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención, cuyo Resultado Esperado es que: Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades. De ello se desprende la puesta en marcha de los siguientes ejes conceptuales: Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija; Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio; Uso de prácticas efectivas y seguras y el Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular, la iniciativa HAMN.

Esta observación sobre la Cultura Institucional fue mencionada en la entrevista donde TS4 expresó *“Y, si, no me gustó la cara, o viniste y me dijiste algo yo tengo el poder de dejarte afuera, porque pasa mucho por ahí, porque no hay una cultura institucional. (...) No es “yo tengo MI espacio de poder, y lo ejerzo como se canta” sino, “en esta institución se resuelven las cosas de determinada manera”. Por eso hay que trabajar mucho lo simbólico de, bueno, qué es lo que tiene que hacer el Hospital en este aspecto, digamos, tanto en Parto Respetado, en Maternidad Segura y Centrada en la Familia.. No es si a mi me parece o si a mi me caíste bien o mal”* . Esto permite vislumbrar el

estado de situación actual que abre puertas para futuras intervenciones, investigaciones y propuestas.

Ley 25.929, de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”

Más conocida como “Ley de Parto Respetado”, fue sancionada en 2004, y reglamentada en 2015.

Este instrumento legal reúne las demandas de diversos sectores sociales y es de los primeros dispositivos a través de los cuales el Estado instituye formas de concebir la atención médica respetuosa de partos nacimiento.

Esta acción legislativa se suma a una serie de modos estatales de intervenir y regular la atención médica de partos de bajo riesgo en el marco de un enfoque de humanización, que vienen desarrollándose en la última década.

La Ley 25.929 establece que toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto tiene derecho a:

- ser informada sobre las distintas intervenciones médicas, actuaciones profesionales así como de la evolución de su parto y el estado de su hijo/ hija, facilitando el protagonismo de su propio proceso.
- a ser considerada persona sana y ser tratada con respeto y de modo personalizado, garantizando su intimidad y considerando sus pautas culturales.
- **al parto natural, el respeto de sus propios tiempos evitando prácticas invasivas.**
- A estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija salvo que precise el/la misma cuidados especiales.

- A ser informada y apoyada en relación a la lactancia materna y a recibir información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

Luego establece los derechos de la persona recién nacida, y de la madre y padre en caso de un nacido en situación de riesgo.

Por último expresa que los incumplimientos de las obligaciones emergentes de dicha Ley, tanto por parte de las obras sociales como de los profesionales de la salud e instituciones, serán considerados falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiera corresponder.

En este apartado desarrollé distintos aspectos de las categorías de género, salud y maternidad, a partir de algunas aproximaciones teóricas y normativas, con el objeto de seguir problematizando el tema de análisis: el parto nacimiento, desde perspectivas que deconstruyan los modelos hegemónicos, y abran posibilidades para intervenciones otras. En el siguiente capítulo, indagaré en el desarrollo del Trabajo Social y el campo de la Salud, para así profundizar en la genealogía que nos constituye como disciplina, a la vez que recuperar elementos fundacionales que laten profundamente en el presente, cargados de sentido.



CAPÍTULO 5

TRABAJO SOCIAL Y CAMPO SALUD

(de discursos, prácticas y reflexiones)

En este capítulo me detuve en las luchas y azares que se han dado a largo del proceso de constitución del Trabajo Social, y del campo de la Salud. Observé los mandatos fundacionales desde este momento presente, con el fin de identificar resabios de viejos conceptos, raíces profundas con significados sentidos, definiciones colmadas de ideología y contenido político, para de este modo, poder problematizar nuestro rol, abrazando allí donde se anuncian transformaciones reales, y desnaturalizar a la vez que comprender formas de intervenir.

Adhiero a la idea de Carballada de las disciplinas y las prácticas como constructoras de subjetividades y sujetos, y en ese sentido apunto a profundizar en este concepto de las “relaciones bélicas” que habitamos y sostenemos, en pos de observarlas e intentar desactivarlas. Dice Carballada (2006): *“El escenario es la sociedad. Una sociedad atravesada por relaciones violentas, fundada en la intimidación, en un contrato elaborado por quienes ganaron las batallas que llevaron a la gran contienda fundacional. Una sociedad atravesada por relaciones de fuerza, que muchas veces se develan a partir de las metáforas bélicas que utiliza para nombrar problemas y acciones sobre ellos.”*

Constitución del Trabajo Social en Argentina y del campo Salud. (Acercas de los mandatos fundacionales)

En cuanto a la intervención en lo social, hasta 1822, la asistencia estuvo directamente vinculada a la Iglesia Católica. Es en ese año, que de la mano de Rivadavia es sancionada la Ley de Reforma del Clero, expulsando a los órdenes religiosos del terreno de la asistencia y limitando el poder y la participación de la Iglesia en la política.

En 1823 es creada la Sociedad de Beneficencia, una asociación filantrópica privada, con autonomía tanto en las decisiones, como en la administración de los fondos, aunque sostenida por el aporte estatal. (Parra, 2002: 101). La misma extiende sus actividades hasta 1943, cuando se limita su acción y pasa a depender de diferentes organismos del Estado Nacional. Superando la caridad cristiana, individual y personal, la Sociedad de Beneficencia fue la

primer institución dedicada a la intervención en lo social. Otro rasgo de esta Sociedad de Beneficencia es que es una actividad pública, en manos privadas, lo que evidencia su consideración de actividad secundaria.

En Inglaterra, sede de la Revolución Industrial y de las primeras organizaciones proletarias encontramos los antecedentes de la profesión con la creación de la *London Charity Organization Society*, en 1869; el primer intento de sistematización y tecnificación en torno a la intervención asistencial.

La incorporación de Argentina al sistema capitalista mundial, fue llevada adelante por la Generación del 80. Es ante el proceso de secularización del mundo capitalista que la Iglesia intentó recuperar poder, y realizó un llamamiento universal a partir de las encíclicas papales de 1891 y 1931 a todos los católicos y proclamó a la “cuestión social” como un problema moral y religioso antes que económico- político.

Hacia fines del siglo XIX, en pleno proceso de urbanización y consolidación del Estado Moderno, la cuestión social comenzó a ser explicada desde un campo inusual: la medicina. Utilizando el marco conceptual del positivismo, Carballeda (2005) analiza el vínculo entre la intervención en lo social, el positivismo y el paradigma indiciario. Atravesado por el espíritu lombrosiano, se buscaba seguir indicios, rasgos de “atraso” para detectar “debilidades” y poder “corregirlas”. Entra aquí el concepto de *hegemonía* de Gramsci (Garabedian, 2015) entendida como dirección cultural y política; el proyecto del Estado moderno, se vinculaba a la prevalencia de ciertos rasgos y tomó a la medicina como aliada y legítima interlocutora del camino a seguir. Lo “normal” y lo “patológico” se inscribía en la Carta del Proyecto Nación, en los Tratados sobre Higiene, en la Cartilla de la Sociedad de Beneficencia y en los manuales escolares. Estas instituciones, consideradas laboratorios sociales buscaban intervenir la sociedad en pos de la “cura”, es decir de medicar la vida cotidiana, allí donde se daba la integración o la fractura social.

La mirada sobre el sujeto, desde este marco conceptual positivista liberal hace alusión a un sujeto “moralmente débil”, atrasado, salvaje, cuyo cuerpo hay que modelar en base a los ideales del Proyecto de Estado Nación. Dicho proyecto nacional estuvo ligado a los intereses económicos de Inglaterra y la oligarquía nacional. He aquí la centralidad de desarrollar nuestra Epistemología del

Sur. El Estado como organizador de la vida social, asumió el cuidado de la salud pública, para lo cual precisó un “sistema de expertxs” que estén habilitadxs para preescribir lo “correcto” e “incorrecto”. La principal preocupación de la medicina (y del proyecto de Estado moderno) se vinculaba a la preocupación por la higiene y la purificación de la raza. Es así que a partir de medicalizar la vida cotidiana en función de un camino a transitar se contribuyó a la creación de “cuerpos dóciles”, moldeados, modelados. En palabras de Ramos Mejía, *“las multitudes poseían cierto instinto animal”* (Carballeda, 2005), y así, se utilizó el cuidado de la salud pública como instrumento de coerción a partir de una construcción discursiva que apuntaba a conquistar lo social a partir de la introducción de nuevas lógicas.

Es necesario dar espacio aquí a la tensión que existe entre dicha lógica dominante y las motivaciones fundacionales, que encuentra raíces femeninas y profundas vinculadas al afán de cuidado, ayuda y servicio al/la otrx. Esta intención revolucionaria encontró resistencias y dificultades, al abandonar la palabra de la mujer el plano de la comunicación entre pares para asumir un papel político de fundación y gobierno de la comunidad.

Tomando palabras precisas de Morales Villena: *“Por medio de la caridad, la mujer parece entrar por fin en contacto con el mundo que se agita fuera de las casa y de los monasterios; un mundo poblado por marginados, pobres, enfermos, lisiados, vagabundos, mendigos, pero siempre un mundo que, aunque por poco tiempo, le arranca de la quietud doméstica y le impone contactos sociales ajenos a la familia. La caridad es en sí misma objeto de control, sometida como está a una serie de reglas y de cautelas que presiden su actuación. Con la caridad la mujer tiene sin duda un contacto con la sociedad pero se trata de un contacto parcial, cauto, a menudo mediado y en todo caso custodiado. Esa invasión no natural del espacio público por parte de las mujeres conlleva un riguroso proceso de control y sujeción”* (2010: 78)

La autora destaca más adelante, delineando este proceso de disputa en torno al espacio ocupado/a ocupar por la asistencia/caridad/justicia social y por las mismas mujeres en la sociedad:

“el creciente poder femenino en algunas instituciones será frenado por las iniciativas favorecederas de intervención masculina de tal modo que para

finales del siglo XIX, la mayoría de las instituciones filantrópicas estarán fundadas y lideradas por varones” (2010: 85)

En el contexto de la consolidación del Estado Moderno, la intervención en lo social se basó en el poder disciplinario y el desarrollo del Hospital como organizadores de los cuerpos que observaba; la sanción normalizadora, que se basaba en señalar desviaciones y sancionar a quienes no se integraban, y el examen, que a través de la observación y la entrevista transformaban a esx “otrx” en un “caso”; ésta estaba vinculada a la antigua confesión que buscaba conocer las subjetividades para controlarlas. La observación apuntaba a descifrar los cuerpos, atravesar las miradas, y a partir de la inspección y el registro, construir “verdad”, atravesada por el pensamiento de Spencer y el Darwinismo social.

Los conflictos estallaron hacia fines del siglo XIX, a partir de las aglomeraciones urbanas, el aumento del costo de vida, las huelgas, los conflictos sociales y la represión, a la vez que la discusión del voto universal secreto y obligatorio. Así, entraron en crisis los ideales positivistas y liberales, y surgieron nuevas formas de comprensión y explicación social a la vez que nuevos actores a partir de la Ley Sáenz Peña.

Es en el siglo XIX y XX, a través de Mary Richmond, donde se da una estructuración, sistematización y metodología de intervención de la profesión. Hacia las últimas décadas del siglo XX surgen las primeras Escuelas de Trabajo Social cuyos antecedentes se vinculan con instituciones creadas a principios del siglo XIX tales como la Sociedad de beneficencia, el discurso higienista y el Proyecto educativo de la generación del `80, y sus prácticas correctivas y rehabilitadoras. Así, los cuerpos ya están inscriptos y regularizados por las instituciones. Dice Carballada (2005) *“Lo fundamental no es educar sino establecer mecanismos de control y vigilancia que se aplican desde los primeros años de vida”*. Las primeras Escuelas tenían una concepción del Asistencia Social como para-médica y para-jurídica, es decir, como intermediaria con otras profesiones, auxiliar.

Así, dentro de este relato que contornea distintas luchas de poder, cabe dar un lugar especial al feminismo, impulsor de este camino, que ha sido largo y ha sido transitado mayoritariamente por mujeres, expreso en la siguiente cita:

“Cuando en la década de los setenta Juan Estruch y Antonio M. Güell presentaron una de las primeras investigaciones realizada sobre la profesión en España, decían textualmente que “rara vez cabe encontrar un ejemplo tan paradigmático de monopolio femenino” (1976: 59).

En este sentido, Berasaluze expone que las investigaciones más recientes evidencian a lo largo del tiempo que el porcentaje de profesionales en relación a la variable “sexo” es de 95% de mujeres y 5% de varones. (2009: 133).

Habiendo sido, muchas de las fundadoras, como Mary E. Richmond o Jane trabajadoras sociales muy vinculadas al movimiento feminista y sufragista de la época. En consonancia con estas afirmaciones, la autora propone incorporar la perspectiva de género en el desarrollo del Trabajo Social. *“Hemos trabajado desde mujeres, para mujeres, pero sin considerar las aportaciones de la teoría feminista.”* (2009: 138). En esta misma línea, Morales Villena plantea que *“En la historia del Trabajo Social han participado tanto hombres como mujeres, de los hombres concemos sus datos y obras; de las otras protagonistas, salvo excepciones, ni nombre ni contribución. (...) Un proverbio vasco dice “todo lo que tiene nombre existe”* (2010: 76)

Lo anteriormente mencionado evidencia la multiplicidad de dimensiones en que se da la disputa del avance del Trabajo Social en su conformación profesional.

En nuestro país, en 1924, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, es creado el curso de Visitadoras de Higiene Social, dirigidos exclusivamente a mujeres. Señala Alayón (1992: 65) que si bien las egresadas se incorporaron rápidamente a trabajar en escuelas y dispensarios, durante varios años no recibieron remuneración por ello. Esto, así como la Sociedad de Beneficencia en manos privadas, denota el carácter secundario de dicha intervención, así como subsidiario de lo médico.

En el año 1927, el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública envió algunos de sus funcionarios a Europa para estudiar la organización administrativa y docente del Servicio Social. Buscando allí las respuestas, con el riesgo que conlleva para lo identitario observar experiencias ajenas si no se conoce/respetan/buscamos sentidos en lo propio.

Ese mismo año, el médico higienista Germinal Rodríguez promovía la creación de una Escuela del Servicio Social. A través de un artículo del diario La Nación, y basado en las experiencias europeas y norteamericanas, justificaba la necesidad de crear dicha escuela, la cual fue inaugurada en 1930. La mayor parte del plantel docente eran médicos. Es en 1930 que el país se incorpora al capitalismo mundial como proveedor de productos agroganaderos, marcando el contexto esta inserción en el sistema capitalista y la necesidad del rol del trabajador social en las agudizaciones y la complejidad que va tomando la cuestión social.

En 1941 se crea la Escuela Argentina de Asistentes de Menores y Asistentes Penales, dependiente del Patronato de Recluidas y Liberadas; en 1946 es incorporada (ya con el nombre de Escuela Argentina de Asistentes Sociales) a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. La creación de la escuela, así como su dirección estuvo a cargo de una abogada, la Dra. Blanca Cassagne Serres.

Asimismo, en esta época el/ la asistente social toma un rol central en relación a la administración de los recursos asistenciales del Estado; luego de la crisis del `30, del mercado, el Estado es asumido como organizador de la sociedad y protector de los intereses de las burguesías.

Con la llegada del peronismo, se inaugura una nueva etapa en la relación entre Estado y trabajadorxs, y la cuestión social es asumida por el Estado, diseñándose para ello distintas políticas sociales. Aparece la política social, como mediadora de desigualdades, y van surgiendo las “garantías sociales”. Hacia la década del `40, se desarrollan los sistemas estatales de acción social del mundo, de la mano de Estados Unidos y Europa que comienzan a delinear los lineamientos de la seguridad social. Aquí es intervenida la Sociedad de Beneficencia y el Hospital se hace cargo de la Salud Pública.

Dice Parra que la legitimación del Trabajo Social como práctica profesional estuvo vinculada al desarrollo del campo salud y el Estado de bienestar dentro de un modo de producción capitalista; que el surgimiento del trabajo social como profesión institucionalizada estuvo relacionado con la organización e intereses de la sociedad burguesa, y al conservadurismo. *“Mantener intocable la sociedad burguesa y el orden social por ella producido era un verdadero*

imperativo para la burguesía. Por lo cual se tornaba indispensable recurrir a estrategias más eficaces de control social (Martinelli: 1995, 61)”

Según este autor el Trabajo Social apuntó a aceptar las desigualdades de clase, ubicándolas en el terreno de lo individual, como disfuncionalidades a ser corregidas. Se ubica dentro de la división social y técnica del trabajo y su ejercicio estuvo teñido por las contradicciones, los antagonismos y la reproducción de las relaciones sociales inherentes a este modo de producción. *“El origen del Trabajo Social como profesión tiene la marca profunda del capitalismo y del conjunto de variables subyacentes, -alienación, contradicción y antagonismo-, pues fue en ese vasto caudal que él fue engendrado y desarrollado.”* (Martinelli: 1995, 156). A esta misma afirmación adhiere Iamamoto, cuando dice que el ejercicio profesional conlleva las contradicciones propias del capitalismo, participando tanto de los mecanismos de dominación como de las respuestas a las necesidades de la clase trabajadora. (Iamamoto, 2003: 80) Y es que el Estado, necesitaba de un profesional que llevara adelante la puesta en práctica de las políticas sociales, poniendo el foco en los problemas individuales, psicologizando los problemas sociales. Es así que, tomando del texto de Parra (2002) *“La asistencia social se constituye como práctica, como saber y como poder. (...) La asistencia social pasa a representar una responsabilidad social del Estado y a operar a través de un aparato técnico-científico y jurídico- administrativo, de recursos presupuestarios y de un agente profesional específico en la división sociotécnica del trabajo: el trabajador social”* (Sposati: 1988, 30)³

Es así que la profesionalización implicó que al/la trabajadorx social pasara a tener una condición de asalariadx y una dependencia del aparato estatal.

Dice Parra, que el Trabajo Social en su momento de profesionalización no crea las condiciones ni los espacios de inserción profesional sino que es en la dinámica del capitalismo monopólico que se dan las condiciones histórico sociales para la emergencia de su espacio socio- ocupacional; me interesa

³ Queda para posteriores investigaciones profundizar este análisis, ya que en la actualidad existe un debate sobre las genealogías de la profesión en la Argentina en lo que refiere al período de instauración del denominado Estado de Bienestar, debate que se ve profundizado por la reinstalación de la discusión relativa a la asistencia como derecho (Arias, Campana)

pensarlo como un proceso complejo donde no sólo los “macroprocesos” generan condiciones para que lo “micro” suceda, sino que hay una correlación en la cual estos “microprocesos” son asumidos por el capitalismo como condición para su reproducción.

En este sentido, expresa Morales Villena, que *“en la base de lo que entendemos como oficios femeninos donde confluye la triple función de cuidar, asistir y enseñar, está la exigencia y reivindicación de una alta vocación, aspecto vigente aun hoy”* (2010: 86).

Cabe destacar entonces dos características fundamentales en el proceso de institucionalización de la profesión; el carácter vocacional de la misma y su constitución como eminentemente femenina.

Hacia los años ´60, la desigualdad y la opresión llevaban a nuevos desafíos y preocupaciones; surge con fuerza el debate sobre el origen de la crisis vinculado a la dependencia económica Argentina de Inglaterra. Ingresa en escena el debate sobre la justicia social a partir de la redistribución, atravesada por luchas de intereses; esto denota la irrupción (o no) de nuevos sujetos en base a la configuración de las relaciones de poder. La convulsión política indicaba que allí donde habitaban los “condenados de la tierra” en palabras de Fanon, nacería el hombre, la mujer nuevx. He aquí, la poética y profunda frase que dibuja aquel anhelo a la vez que nos sigue llenando de esperanza 60 años después *“La descolonización afecta al SER, transforma a los espectadores aplastados en actores privilegiados. (...) La descolonización es realmente la creación de los hombres nuevos”* (2005: 124). Así, el saber comenzaba a colocarse al lado de esx otrx, portadorx de verdades propias. La sociedad se politizaba, a la vez que el trabajo social.

Aparecen las explicaciones “multicausales” en salud, se empieza a ver lo social como consecuencia de un orden injusto. Aparece el concepto de de-construir, ordenar las ideas e identificar cómo se construyen los discursos... Así, comienzan a aparecer nuevxs actores- actrices, la participación activa por parte de la comunidad y las distintas formas de demanda hacia el trabajo social van generando nuevos perfiles de intervención, la cual comienza a entenderse como un hecho político, vinculada a la teoría de la dependencia. Así, la elección de la metodología (donde se incorporaban técnicas vinculadas a lo

grupal) estuvo vinculada a “*conscientizar*”, la cual era entendida como “*despertar la conciencia de la dignidad del hombre en cuanto ser humano*” (Carballeda, 2002: 159).

El Trabajo Social entonces, fue a aprehender de la sabiduría de “*lxs otrxs*”. Este debate quedó trunco con la Dictadura Militar de 1976.

Hacia los `80, con la recuperación de la democracia, nuevos sujetos ingresan al escenario de la intervención, nuevos paradigmas y prácticas dialogan. Así, el “trabajo social alternativo” reconoce la dimensión política y resalta la actividad profesional. Así, tomando a Carballeda se define al Trabajo Social (2002) como una “*profesión centrada en una práctica social crítica realizada desde la perspectiva de los sectores populares que utiliza aportes de las ciencias sociales y a la vez produce teoría, técnicas e instrumentos*”. Así, aparecen nuevos horizontes de intervención.

El neoliberalismo impactó fuerte en lo social, generando una fractura, en tanto “*lxs otrxs*” pasaron a ser vistos como *extrañxs*, *ajenxs*. La lógica del mercado avanzó entrometiéndose en todas las relaciones sociales, transformando a *lxs* *ciudadanxs* en *consumidorx/s*. Se retoma el desarrollismo, y el/ *la* *trabajadorx* social volvió a hacer encuestas en pos del control y disciplinamiento en relación al pago o no de aranceles.

Aparecen textos buscando vincular la educación popular y la educación para la salud. Irrumpe la Atención Primaria de la Salud, la cual otorga protagonismo a los sujetos. A la vez que se da la reforma del Estado se produce un avance de la sociedad civil. Las políticas sociales pasan a ser focalizadas y se produce un recorte en los derechos sociales y la ciudadanía. Esto, así como las nuevas demandas, impacta en las instituciones de salud, allí donde confluyen mundos y lógicas con marcos comprensivos y explicativos diversos. En las instituciones, se produce una crisis de legitimidad a la vez que un deterioro de validez para las disciplinas que intervienen en lo social, tanto por la capacidad de respuesta hacia esas nuevas demandas como por las instituciones a las que representan.

El paradigma simbólico interpretativo implicó comprender lo social en términos de sentido; la nueva cuestión social trae nuevos interrogantes, nuevas formas de padecer, que atraviesan los cuerpos. Es desde la mirada, la palabra y la

escucha que el Trabajo Social apunta a vincularse de una nueva forma con esta cuestión social. A partir de comprender las motivaciones, acceder al mundo simbólico y recuperar la palabra de los sujetos así como sus códigos de construcción. Colocando a esx “otrx” como centro de la acción, como ser histórico- social. Generando espacios de diálogo para abordar la complejidad y desnaturalizar la intervención, así como develar las matrices conceptuales y esclarecer desde dónde se interviene, comprendiendo la salud como proceso, campo de lucha y transformación.

Es así, que a partir del hacer, el Trabajo Social puede re-significar la profesión y construir nuevos perfiles institucionales para expresiones sociales singulares.

En este sentido, quisiera cerrar esta parte con dos citas. Una primera corresponde a una búsqueda de Hugo Spinelli que me refleja y resume tantísimos debates en torno a lo recién comentado, y las relaciones bélicas que mencionaba en un comienzo: *“La etimología de trabajo proviene de tripalium, elemento de tortura usado en la Edad Media. Pero no siempre el trabajo es una tortura. Carlos Marx, en El capital, reconoce que el trabajo puede ser motivo de alienación, pero también de construcción del trabajador, en la medida que con su trabajo pueda transformar la realidad y en dicho proceso transformarse a sí mismo. Esa relación dialéctica entre trabajo y trabajador es la que pretendemos recuperar.”* (2010: 11)

La segunda de Morales Villena: *“Todas nuestras tareas pendientes las acometeremos si partimos de una premisa: la necesidad de dedicar tiempo para nosotras mismas, para nuestra profesión, para formarnos mejor, para abrir procesos de reflexión sobre nuestra práctica profesional, etc. Porque como dice Teresa Zamanillo (1990: 33) “conquistarse a sí mismo es la empresa más hermosa que se puede acometer”.* (2010: 138)

Acerca de la *intervención*

Según señala Carballada, los escenarios de intervención reciben en forma singular el impacto de diferentes formas de expresión de la crisis. Desde una perspectiva histórica, la intervención en lo social surge fuertemente marcada por una tradición normativa, signada por el propósito pedagógico como forma

de mantener la cohesión del “todo social”. Esta tradición normativa (Carballeda, 2002) pone el eje en el orden de la sociedad. Un orden constituido artificialmente y mantenido a través de dispositivos de disciplinamiento que se aplican mediante prácticas e instituciones.

La palabra intervención proviene del término latino *intervenio*, que puede ser traducido como “interponerse”, De ahí que intervención puede ser sinónimo de ayuda o cooperación y por otra parte, de intromisión, coerción o represión. Dos caras de una misma moneda. Reconocer lo artificial de la intervención implica desnaturalizarla, entenderla como un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. La demanda proviene de las personas que acuden a las instituciones y a su vez es generada desde éstas. La intervención implica la existencia de una autoridad: quien interviene lo hace porque está legitimadx. Intervenir implica la construcción de una lógica del acontecimiento fundante desde cierto marco teórico o campo de saber. En este sentido, la intervención desencadena una serie de expectativas y consecuencias fuertemente ligadas a la construcción simbólica y a las representaciones de quien está interviniendo. Una modalidad de intervención entonces, se vincula a un determinado marco conceptual. La intervención implica una inscripción en esx “otrx” sobre el/la cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en ésta. La intervención implica un contrato. La vida social es organizada en términos de símbolos, que adquieren significado según la representación de quienes construyen y recrean el mundo en que viven. La “verdad” de la vida social se encuentra en la subjetividad de sus participantes. Por eso la necesidad de aproximarse a la subjetividad de esx “otrx”, la experiencia social resulta ser, en definitiva comunitaria (2002).

En este sentido, es que me resulta de interés observar las prácticas y discursos de lxs trabajadorxs sociales a la luz de sus marcos teóricos y campos de saber particulares, identificando su vinculación a la cooperación o la intromisión, en su práctica y a la legitimación de unx “otrx”, o la representación de un orden social institucional disciplinar.

Cuando se indagó acerca de la “intervención” de una Doula, el hallazgo fue que esta palabra no sería la indicada para hablar de dicho rol. Una de las

entrevistadas, D3 expresó: *“ a mi me gustaría hablar más de participación que de intervención”*.

En esta línea, D2 manifestó que *““intervención” no coincidiría con el servicio que ofrecemos; justamente nuestro servicio implica una mirada que no interrumpa ni intervenga en los procesos que están aconteciendo. (...) Básicamente es ponerse a disposición de lo que se necesita, intentando que el proceso natural se vea lo menos perturbado posible”*.

Se observan en estos pasajes diferentes significaciones asociadas al término intervención, antagonizando por momentos con los de participación; desde su inicio la intervención en el trabajo social estuvo signada por el interés de darle al sujeto un lugar de acción privilegiado; profundizar en estas categorías centrales permitirá comprender los sentidos diferenciales y configurar un lenguaje común donde lo que se está validando es a *esx otrx* en una acción conjunta, profundamente humanizante.

En este apartado indagué en el rol del/la trabajadorx social, encontré búsquedas profundas que dieron nacimiento a esta práctica así como intentos de la hegemonía por apropiarse de ella y de su reclamo- propuesta en pos de sociedades más justas que incluyan miradas/necesidades otras. En el capítulo siguiente analizaré el rol de las doulas, el cual se acerca al del/la trabajadorx social en tanto plantea sub-vertir/re-conocer determinadas prioridades sociales como son el parir y el nacer, como aspectos centrales iniciales de la vida en comunidad. Visibilizar formas/necesidades otras, que son “otras” por estar invisibilizadas por la hegemonía, pero que están demandando un lugar protagónico en la agenda social: autonomía sobre los propios cuerpos.

CAPÍTULO 6
PRÁCTICAS EMERGENTES: LAS DOULAS.



En este apartado tomaré el fenómeno de las doulas, como un exponente interesante a indagar en el proceso de *humanización* de los partos- nacimientos, buscando conocer su origen y evolución y las características del acompañamiento así como las áreas de incumbencia de la práctica, tomando los estudios de Klaus y Kennel (1993) y los de Michel Odent (2011).

La Doula provee apoyo afectivo durante el trabajo de parto. Es una acompañante capacitada y con experiencia que proporciona a la mujer y su pareja, apoyo emocional continuo, confort físico y asistencia para obtener información antes, durante y después del parto.

Diversos análisis confirman las ventajas del acompañamiento de una Doula, tales como: reducción de la duración del trabajo de parto, menor necesidad de analgesia y de cesáreas, menor necesidad de hospitalización del recién nacido y mayor duración de lactancia materna. Otros estudios señalan importantes efectos psicológicos en la mujer como menor temor al momento del parto y mayor grado de satisfacción con la experiencia de parir. Entre los efectos a largo plazo se cuentan una mayor seguridad para desempeñar su rol de madre y mejor autoestima. Esta evidencia científica (Pugin, Kopplin, 2008) avala la necesidad de recuperar este componente afectivo.

Tomaré los documentos “oficiales” tales como los Códigos de Ética existentes en nuestro país, investigaciones científicas sobre las doulas, las páginas web de las Asociaciones de Doulas y cruzaré dicha información con las respuestas de las doulas entrevistadas.

A su vez, buscaré conocer la cosmovisión sobre la cual fundamentan su práctica, e indagar el concepto de salud así como las herramientas que utilizan tomando los aportes de Casilda Rodríguez (2008) como vocera y defensora de lo “natural” en lo relativo al parto-nacimiento y el cuidado del cuerpo femenino.

Acerca del surgimiento y razón de ser de las Doulas

Doula, palabra griega, significa “mujer que sirve”, lo cual puede tomarse como mujer que está al servicio. La antropóloga Dana Raphael fue la primera persona en utilizar el término “doula” en su libro *“Tender Gift: Breastfeeding”* publicado en 1973; allí usaba el término para referirse a aquellas mujeres que asistían a las nuevas madres en la lactancia y en el cuidado del/la bebé. Los doctores investigadores Marshall Klaus y John Kennel fueron quienes adoptaron el término “doula” para referirse a aquellas mujeres que proveían apoyo durante el trabajo de parto y parto, como también apoyo durante la etapa prenatal y posparto.

Tradicionalmente, los conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, se transmitían de madres a hijas, o entre mujeres de la misma familia, del mismo pueblo. Estos conocimientos, no se referían sólo a la fisiología si no a las necesidades emocionales: los distintos estados de ánimo, miedos, incertidumbres...

Actualmente, las redes de apoyo entre mujeres se han perdido en gran medida, y los distintos hilos que tejen el particular entramado social dan como resultado un telar en el que la mayoría de las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos, dentro de una sociedad en que la cuestión de la maternidad está bastante desvalorizada y/o el acercamiento a la misma aparece en ocasiones como superficial.

En muchos países del mundo la figura de la doula se ha ido introduciendo y aceptando, porque se han podido valorar los beneficios de su presencia. Los cambios de esta naturaleza llevan tiempo y requieren una apertura mental emocional y espiritual de todxs aquellxs que intervienen en la manera en que nuestrxs niñxs están naciendo y nosotras pariendo.

Qué hace una doula.

En palabras de Doulas de Argentina, *“Una Doula es una mujer que ha tenido hijos y se pone al servicio de otra mujer que va a parir, acompañándola durante*

el embarazo, el trabajo de parto, parto y puerperio. La Doula se enfoca en el aspecto emocional, el bienestar y las necesidades de esa mujer.”⁴

Tomando la definición de Asociación Civil de Doulas Comunitarias, las Doulas *“Somos mujeres que acompañamos a otras mujeres en el camino de la maternidad, brindando apoyo, información y saberes que les permitan vivir los diferentes procesos más fluida y naturalmente”⁵*

Por su parte, Doulas del mundo *“incluye a mujeres y hombres capacitados para la función de acompañantes en el nacimiento de una familia”⁶*.

Se observa en ambas definiciones, la prioridad otorgada a la díada mamá bebé y a los aspectos sensibles de este momento trascendental. También se observa que, según la mirada, las doulas son mamás, mujeres o incluso hombres.

Este rol, si bien posee un carácter ancestral, atento al ambiente del nacimiento, actualmente se basa en el conocimiento de la fisiología de este proceso, en la evidencia científica más reciente, conociendo el marco legal de su país, colaborando con información y recursos acordes a lo que cada familia requiere. Según el Código de Ética de la Red Argentina de Doulas⁷, *“la labor de la Doula:*

consiste en Ofrecer acompañamiento continuo, emocional y físico, estando disponible y atenta a las necesidades de la mujer, a quien acompaña desde la empatía, brindándole un entorno contenedor y favoreciendo que ella, el bebé y su familia sean los protagonistas en ese momento trascendental de su vida, de manera que resulte la mejor experiencia posible. Además, puede ofrecer

⁴ Esta definición ha sido tomada del sitio web de la asociación Doulas de Argentina. Puede consultarse en el siguiente enlace:

http://www.doulasdeargentina.com.ar/que_es_una_doula2.html

⁵ Esta definición ha sido tomada del sitio web de la asociación Doulas de Argentina. Puede consultarse en el siguiente enlace: <https://doulascomunitarias.org.ar/>

⁶ Esta definición ha sido tomada del Código Ético de Doulas del mundo. Puede consultarse en el siguiente enlace:

<http://doulasdelmundo.wixsite.com/doulasdelmundo/codigo-etico>

⁷ Disponible en:

<https://drive.google.com/file/d/0BwiBpqsOgCzKR0k4Z0VYZ1Rpa3M/view>

información fundamentada, recursos y alternativas, aclarar dudas o inquietudes sobre las diferentes temáticas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, en base a la necesidad y el interés de quienes la consultan, teniendo en cuenta que ella no brinda certezas ni toma decisiones, sino que genera un espacio de reflexión para que la familia pueda decidir y tener la posibilidad de elegir lo que desea. (...) La presencia y la confianza que ella tiene en las habilidades y capacidades de cada mujer para gestar, parir y maternar, son la clave de su rol en el entorno del nacimiento”.

Me resulta de particular interés esta mirada decolonial; aquí no hay alguien “que sabe” y alguien “que no sabe”; la doula confía en que cada mamá, cada mujer sabe y posee sus propios recursos de acuerdo a su propia historia, y la acompaña en ese recordar, ese reconocerse a sí misma que sabe; desafiando años de educación y formación de mentalidades coloniales.

En palabras de una de nuestras entrevistadas: *“Muchas de las mujeres que conozco les fueron dados mandatos muy fuertes desde sus linajes con respecto al poder parir. Creo que la medicalización del parto hizo mucho daño en las mujeres, y quedó como en un inconsciente colectivo que las mujeres necesitan ayuda médica para que su bebé nazca, siempre algo puede pasar. Eventualmente puede pasar que en alguna cosa sí necesiten de la ayuda médica, pero, ir trabajando eso, de que una puede parir, eso constituye a la seguridad que esa mujer tenga en el momento cúlmine digamos y que sepa que si necesita ayuda se puede contar con eso.” (D2)*

Las doulas promueven el protagonismo y la autodeterminación de la mujer en todo momento, confían en que las mujeres madres pueden parir y maternar, y facilitan su propia escucha y autoconocimiento, acompañando, respetando las costumbres y creencias singulares, recordando siempre que cada mujer es única. *“Estamos ahí para recordarles permanentemente su poder, para guardianarlas”*, expresó D2, una de las doulas entrevistadas, resaltando este rol de cuidado de estas personas, en este momento.

La Doula se pone a disposición, sin imponer su propio ritmo ni sus creencias, buscando “servir”, ser útil, porque sabe que es un momento de crisis, a la vez que reconocen la dimensión sagrada del nacimiento y su aspecto iniciático para la familia. *“Entendemos que es un momento de mucha sensibilidad y que es una muerte de una anterior mujer que ya no está y otra que nace junto con el bebé,*

entonces estamos abiertas a contener esta sensibilidad” (...) “son momentos fundantes en la vida de una mujer en cuanto a la maternidad.” (D3)

La Doula ofrece un espacio de reflexión sobre cuáles son las necesidades a nivel general de lxs bebés por nacer y la importancia de las primeras horas de vida (periodo sensitivo), para que los padres puedan comprender, evaluar, decidir informadamente al respecto, evitando dentro de lo posible cualquier separación innecesaria.

La doula provee a la mujer embarazada una preparación adecuada para el parto, técnicas y estrategias que la guíen y le brinden apoyo.

Según Valdés y Morlans (2005) la doula construye una relación de trabajo en equipo con el personal de enfermería, a modo de promover la comunicación entre la paciente y lxs profesionales de la salud.

Las entrevistas realizadas dan cuenta de que las doulas de nuestra ciudad no tienen vínculo con el sistema de salud: todas manifestaron haber acompañado mujeres en trabajo de parto, pero que al llegar a la institución no pudieron continuar acompañándolas al haber un quiebre en el diálogo con lxs profesionales. Ninguna de las entrevistadas se vinculó profesionalmente con trabajadorxs sociales, y resaltaron haberlo hecho más que nada con parteras o algún obstetra o puericultora.

La Doula promueve la lactancia materna como parte de los Derechos del Niño a la salud, la nutrición y el bienestar, a la vez que informando a la mamá y fomentando el vínculo.

En 2003, bajo la dirección del Dr Kennell se estableció un Comité que logró incorporar la palabra Doula como una definición oficial en el American Heritage Dictionary y el Oxford Dictionary ese mismo año, lográndolo posteriormente en otros Diccionarios.

Es interesante observar esta acción como un modo de crear realidad, y visibilizar situaciones invisibilizadas, inexistentes para el discurso.

Surgidas de las entrevistas, son **características del rol de la Doula:**

- La escucha
- La observación de lo que sucede y qué se necesita
- el acompañamiento sin juicio,

- el sostener,
- establecer vínculos de confianza y respeto con las mujeres/familias que acompañan
- La confianza en la capacidad de las mujeres para gestar, parir y maternar.
- estar a disposición de la mujer; la doula se corre del centro de la escena. Manifiesta la entrevistada D2: *“En un momento te olvidaste de tu misma persona y te pones al servicio de esa mamá”*

Al indagar sobre las **herramientas que utilizan las doulas**, una de las entrevistadas expresó que *“La principal herramienta de la doula es sí misma, su forma de ser y de llegar.”* En esta misma línea, otra manifestó que *“hay herramientas, dones que vienen con una y se ponen al servicio del acompañamiento”* (D1)

En este sentido se observa el trabajo personal, la aceptación de las propias virtudes/límites, asumiendo que no hay algo que “saber”, sino, fundamentalmente ser, estar, en presencia brindándose a una otra que, de la misma manera tiene sus propias experiencias y saberes.

Sí manifiestan que hay distintas herramientas que quisieran aprender y poner al servicio.

En relación a las técnicas utilizadas, se mencionaron:

- la escucha,
- el masaje,
- el reiki
- el uso de hierbas medicinales
- la meditación, ejercicios de respiración y uso de la voz
- el yoga, la danza

Asimismo, una de las entrevistadas manifestó: *“Son herramientas profundamente femeninas con las que trabajamos, en especial el desarrollo de la intuición, la empatía, la escucha, el acompañar, el guardianar y proteger, y el sostener.”* y destacó que *“algunas de las herramientas que tenemos son la palabra, una caricia, una mirada, un estar, un abrazo.”* (D1)

Las Doulas en el mundo

La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) es un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

Se formó luego del Congreso "Humanización del Parto y el Nacimiento" en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000. A partir de esa fecha se fueron sumando más personas de diversos países que no habían podido asistir a ese congreso y que son gente activa por los mismos objetivos de la Red.

Los grupos o personas de cada país tienen autonomía de acción, lo que los une es el trabajo desinteresado para mejorar la vida en el planeta por medio de un parto y un nacimiento sanos y satisfactorios.

A través de esta Red, los grupos y personas intercambian información e interactúan como parte de una campaña continental por la *humanización* del parto.

En la III Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento realizada en Brasilia en noviembre de 2010 surgió la iniciativa de formar una Red Mundial de Doulas que las integre a lo largo y a lo ancho de Latinoamérica y el Caribe.

En nuestro país no hay legislación que prohíba la presencia de las Doulas, pero tampoco está claramente aceptada y todo depende de los equipos médico-asistenciales y de los usos y costumbres del sanatorio u hospital.

En Julio de 2012, en el Hospital “Ostaciana B. de Lavignolle”, Municipio de Morón, comenzó el Proyecto de Voluntariado de Doulas, haciendo que el acompañamiento de las doulas no fuera algo exclusivo del ámbito privado, sino

que pueda extenderse la posibilidad del acompañamiento de una doula al ámbito público. La propuesta llegó a las autoridades municipales, interesadas en brindar un servicio alineado con la iniciativa "Maternidad Segura y Centrada en la Familia", quienes vieron en la incorporación de doulas la oportunidad de complementar la labor de lxs profesionales de la salud.

El 26 de Mayo de 2015, en el marco de la Semana Mundial del Parto Respetado, se llevó a cabo la firma del Acta Acuerdo entre la Asociación Civil Doulas Comunitarias y el Municipio de Morón.

El Hospital de Morón es el único Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires que cuenta con un voluntariado de doulas, siendo esta experiencia pionera, y la más vasta y antigua del país. Con lo cual podemos agregar que lxs profesionales de la Maternidad del Hospital de Morón tienen la experiencia única de trabajar en equipo con doulas en la atención de las familias, a diferencia de otros establecimientos. En los años subsiguientes se crearon dos voluntariados en la Provincia de Córdoba.

Voluntariado Red de Doulas Córdoba surge como actividad extensionista de la Fundación Nascere, una fundación destinada a la maternidad y el cuidado de la primera infancia. Las doulas voluntarias se encuentran en la Maternidad Provincial Felipe Lucini y en Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba.

En el ámbito privado, en el Hospital Universitario Austral de Pilar, existe el Programa de Parto Seguro Planificado Sin Intervención farmacológica y/o rutinaria innecesaria (PSSI) con un número mucho menor de doulas, incorporadas como trabajadoras del equipo obstétrico.

En nuestra ciudad, hay cada vez más Doulas; actualmente se está en proceso de conformación de la ONG Doulas del Mar, que busca unificar criterios así como generar espacios de reflexión de la propia práctica.

Indagué en esta parte en el rol de las Doulas; en el apartado que sigue buscaré observar los desafíos que enfrenta cada práctica acorde a su momento de desarrollo a la vez que intentar tender puentes, encontrar lugares de mutua nutrición entendiendo que ambas intervenciones/acompañamientos apuntan al empoderamiento social y a la validación de subjetividades en pos de contener, alojar, re-tejer la trama social.

CAPITULO 7

LA SALUD Y LA MATERNIDAD PROBLEMATIZADAS

(De sinergias, búsquedas y encuentros)



Ley Federal de Trabajo Social, Trabajadorxs sociales y Doulas: De sinergias, búsquedas y encuentros.

Abordaré aquí el análisis de la relación de las doulas con el trabajo social, en este entrecruzamiento entre modernidad y exclusión.

Se tomarán los aportes de Teresa Matus, quien define al Trabajo Social como un oficio, una particular manera de ver que se traduce en un hacer específico.

Desde esta manera de ver, lxs trabajadorxs sociales *“tienen la posibilidad de observar la intensidad de las implicancias culturales en cualquier dimensión de los procesos donde opera esa dialéctica de modernización y exclusión social.”*

(Matus, 2003).

A su vez, hay otra fuerza, vinculada a su origen, que tensiona este lugar privilegiado de vínculo con la realidad social; la compleja trama de la que emerge y que lo habita hasta hoy: la alianza entre burguesía, iglesia y estado. (Parra, 2002: 232). Quedará para posteriores investigaciones cómo se da la disputa y la cocreación del trabajo social actual entre las mujeres feministas que pulsan por la profesionalización del cuidado y el capitalismo voraz que consigue banalizar todo aquello que toca. Este paso femenino en el origen de la profesión camina al ladito de la práctica doula de hoy. Mujeres, buscando salir del ámbito doméstico para compartir-se, para ser alivio de padeceres y receptoras de sentires diversos, para brindar al mundo lo que tienen, lo que saben, intentando ensamblar su vocación de cuidado hacia la humanidad toda, con la lógica del intercambio que rige nuestras economías.

Se manifestó en las entrevistas lo complejo del rol del/la trabajadorx social, delicado vínculo configurado por el privilegiado lugar que le otorga la cercanía a la realidad, y lo multifacético de las problemáticas con las que convive.

En este sentido, tomaré la Ley Federal de Trabajo Social en pos de profundizar las incumbencias y conocer los límites de nuestra práctica en materia de partos-nacimientos; esto nos despliega un radio de posibilidades y nos da herramientas para problematizar nuestra labor que se visualiza cada vez mas necesaria en este ámbito donde la mercantilización de la vida y la tecnificación de lo sensible está llegando a niveles extremos.

En cuanto al **grado de conocimiento acerca de la nueva Ley Federal de**

Trabajo Social Nº 27.072, la mitad de lxs profesionales entrevistadxs manifiestan no haberla leído.

Entre lxs que sí la leyeron, al preguntar acerca del **grado de impacto de la Ley**

27.072, no se considera que el impacto de la misma haya sido significativo, sí se registran distintos planteos:

- que permite reevaluar de modo general las prácticas,
- que define desde otra mirada al/la trabajadorx social,
- que la Ley pone en palabras lo que ya se está haciendo y que la legitimidad se construye en la práctica,
- que el mayor impacto en el área de los nacimientos la da la ley 25.929 y la posibilidad de debatirla de modo interdisciplinario.

Es mi intención convocar a la Ley a modo de respirarla en medio de la vorágine, vincular la letra con la acción, en contextos de complejidad creciente donde lxs trabajadorxs sociales tenemos muchas herramientas para contribuir a la transformación que nuestras sociedades están precisando.

Al indagar sobre el rol **de lxs trabajadorxs sociales en el proceso de gestación**, conocí que en el Hospital Materno Infantil, las mujeres ingresan después de la semana 34 de gestación, y se encuentran con lxs trabajadorxs sociales después de parir, salvo:

- que sean derivadas de Consultorio Externo al Servicio Social por Interconsultas, vinculadas a situaciones complejas específicas, tales como maternidad adolescente, consumo de sustancias, violencia, (entre otros) o
- que entren en Alto Riesgo por una internación a partir de una infección urinaria, una diabetes, una pérdida. En este último caso, una de las entrevistadas manifestó una situación posible de intervención: *“intervengo por ejemplo... tiene diabetes, y no tiene los recursos económicos para solventar la dieta que les da el médico y tal vez tienen que terminar internadas porque no tienen recurso económico como para tener la dieta adecuada... Nosotros por ahí tratamos de gestionar el*

recurso (...) Siempre se las asesora con los mínimos recursos que hay”.
(TS3)

Esta cita me lleva a los orígenes del Trabajo Social, y a ese rol *paliativo* nacido/disciplinado en las entrañas mismas de un sistema injusto, que no se está discutiendo, inmersos en una hiperespecialización disciplinar y en una dinámica siempre urgente.

Una respuesta representativa acerca de la tarea del/la trabajadorx social fue: *“ay, como te digo? es tanta. qué difícil (...) La realidad es que el Trabajador Social en un Centro de Salud está centrado en la salud materno infantil. No es lo único que hacemos. Realmente terminamos haciendo muchas otras tareas”.*
(TS3)

En este sentido, se expresó: *“tenemos la libertad de articular otros proyectos, pero el fuerte que nos bajan desde la Secretaría es el Programa de Desarrollo Infantil, que es el Programa de la embarazada, la atención del niño sano y para nosotros salud reproductiva”* (TS5). Se puede vislumbrar de aquí que **la Humanización de los nacimientos está dentro de las misiones del Trabajo Social, piedra angular de la salud materno-infantil.**

Asimismo, expresa María José Acevedo que *“las condiciones institucionales desfavorables añaden sufrimiento a aquel ocasionado por la naturaleza misma de la tarea”* (1997, 2), plasmándose en la anterior cita la exigencia que recae sobre la práctica profesional.

En este sentido, TS3 mencionó la velocidad y cantidad del trabajo: *“¿si me gustaría cambiar algo? el tiempo, como que trabajamos de forma express, el tiempo te corre”*; esto dificulta los espacios de reflexión y de disfrute de la propia práctica.

En cuanto a la **relación tiempo- cantidad de mujeres madres con que se vinculan lxs trabajadorxs sociales**, se observa una significativa diferencia entre los CAPS, donde lxs profesionales ven de 2 mujeres por día a 5 por semana, en relación al Hospital Materno Infantil donde la relación es de 15 a 25 mujeres por día. Esta relación se ve reflejada en distintos momentos de las entrevistas: *“Muchas veces no nos da el tiempo para tener una entrevista más*

en profundidad con las mujeres, no llegamos, el giro de cama es muy rápido.”
(TS2)

Ese ritmo particular, de cada parto-nacimiento que anhelo sea respetado, también debe ser respetado en el caso del profesional que trabaja y así lo requiere. Este proceso comienza por la propia escucha, del cuerpo, de las necesidades singulares, y el mejoramiento de prácticas nocivas para quien intenta brindarse a un/a otrx.

Esto vuelve a llevarme al debate de la naturalización en las condiciones de trabajo, y en el derecho a proponer condiciones dignas de desarrollo del mismo. *“y si se necesita más personal, pedilo”*, expresó TS4.

Como mencionaba anteriormente, se deja ver constantemente la complejidad de la realidad y el límite para abordar desde la disciplina situaciones extremas estructurales: *“muchas veces las situaciones que se nos han presentado es por situaciones extremas de condiciones que viven que llevan también a un montón de otras cuestiones. Y que bueno, se trata asistencialmente, y lo que se puede desde acá brindar, pero bueno, es difícil, (...) tampoco hay respuesta en el Municipio, en Nación, Provincia... Está todo frenado, todo complicado. (...) Uno puede brindar desde acá ciertas cuestiones básicas, ropita para el bebé, algo para ella, pero cuando hay cuestiones ya estructurales de fondo que no hay respuesta tampoco... ahí si es un límite para nosotros”*. (TS2)

En línea con esto, expresa Acevedo: *“De acuerdo a nuestros análisis la altísima carga psíquica que supone esa práctica deriva de dos fuentes. Por un lado el (la) Trabajador(a) Social se ve continuamente confrontado(a) a problemáticas sociales relacionadas con la pauperización, el desamparo, la violencia familiar, etc. Todas situaciones que han ido recrudeciendo con el tiempo en nuestro país y en el mundo. En general estos profesionales son convocados a intervenir para paliar situaciones coyunturales o estructurales cuya solución depende de decisiones de índole política sobre las que poseen muy escasa injerencia. Por otro lado a menudo son contratados por instituciones estatales que no les proveen ni la estructura ni los recursos para desarrollar acciones sostenidas en el tiempo y que trasciendan los casos puntuales.”* (1997: 2)

Lxs entrevistadxs plantean la dificultad de la falta de recursos y el abandono de diversos proyectos vinculados a la maternidad supeditado al cambio de políticas de gobierno.

Al observar que la mayor parte del proceso sucedía en los CAPS, donde las mujeres se atienden hasta la semana 34 de gestación, decidí incorporar como unidades de análisis trabajadorxs sociales de dichos centros de salud.

Allí se entrevista a las mujeres, se las conoce, se las asesora respecto a la Asignación Universal por Hijo, se las invita a participar del curso preparto, se les informa que el CAPS está a disposición para lo que precisen. En uno de los CAPS se hace entrega de una copia de la Ley de Parto Respetado. *“Algunas se sorprenden que exista”* expresó TS6. Esto evidencia la falta de debate al respecto en la población femenina.

Por otro lado, se mencionan las distintas “conquistas” del Servicio Social (tal como que entren las parejas en el Materno a acompañar el parto) lo cual denota que al interior del Equipo de Salud llevan la delantera en ciertos debates. Expresan que participan de los Ateneos más que otras disciplinas *“que les cuesta un poco más”* TS2.

Tomando a Susana Cazzaniga, las profesiones son producto del movimiento modernizador de las sociedades, cuyo rasgo común es que responden a necesidades y urgencias sociales las cuales estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción. (Cazzaniga, 2002)

Así, afirma Cazzaniga, el Trabajo Social se ubica en la incomodidad de trabajar con un sector social, y respondiendo en su calidad de profesional asalariadx a un tercero (estado, instituciones privadas, ONG, empresas, etc.), la más de las veces con un mandato de parte del empleador de control social, lo cual la enfrenta a nudos de gran complejidad que tensionan su práctica cotidiana.

En este sentido, un interrogante que me surgió a partir de las entrevistas es si el Trabajo Social trabaja con un “sector social” o más precisamente con

problemáticas sociales que atraviesan la configuración y ordenamiento de una sociedad toda en un sistema capitalista patriarcal, donde los distintos sectores se vinculan desde sus códigos específicos, más o menos saludables, patológicos, amorosos, empáticos. Abordar sólo una parte del todo, sentipienso⁸ no nos permite comprender/abordar la lógica que lo genera. Debemos, entonces, mirar el todo, aunque haya quienes desde su direccionalidad hegemónica nos quieran asignar ese lugar, que, desde una profunda vocación de cuidado, asumiremos si hay un/a otrx sufriente.

Cuando se preguntó en las entrevistas a doulas acerca de **las características de la población con que trabajan**, se obtuvieron las siguientes respuestas:

- que el ejercicio de la doula se da en el lugar donde haya una mujer que está atravesando un proceso que la involucre emocionalmente desde la maternidad.
- que el acompañamiento es para todas las mujeres que así lo requieran, de todas las clases sociales más allá de dónde se atiendan y dónde vayan a parir.

Es importante reconocer que hay un aspecto objetivo respecto a las diferentes condiciones materiales en que se desarrolla la maternidad en los distintos sectores de nuestra sociedad, lo cual lleva a prácticas y significaciones singulares, que se hace necesario observarlas en su particularidad para encontrar los matices en las necesidades de acompañamiento y cuidado; aquí la mirada del trabajo social ilumina y nutre la práctica doula. Ahora bien, respecto del acceso al acompañamiento de la doula por parte de los sectores populares, observo que se suscitan diversos debates respecto del intercambio⁹ entre la doula y la mujer que acompaña. Es un tema abierto, en construcción, dado que actualmente hay diversidad de formaciones y posicionamientos, así

⁸ Tomando palabras de Arturo Escobar: (2015) “Fals Borda (1984) indica que los términos sentipensar y sentipensamiento implican el arte de vivir y pensar con el corazón y con la mente. El escritor uruguayo Eduardo Galeano popularizó el término sentipensamiento como la capacidad de no separar la mente del cuerpo, y la razón de la emoción (ver por ejemplo, <http://www.youtube.com/watch?v=wUGVz8wATIs>)

⁹ El término intercambio es utilizado por las doulas y sustituye al de remuneración, pago, salario u honorarios.

como posturas frente a la “profesionalización” de la práctica, y también modos en que se ejerce el rol, más ligado a la militancia/voluntariado y aquellas que están más en una búsqueda que, como mencionaba relacionado al surgimiento del trabajo social, apuntan a unir su vocación de transformación en este área con la legitimidad social y el reconocimiento económico. Observo que el compromiso es con el parto nacimiento y que las formas son bastantes diversas; de la indagación profunda surgirán nuevas respuestas creativas. En ese sentido, y enlazando con herramientas teóricas, Quijano (2006) al caracterizar la matriz de poder colonial, identificó con claridad hasta que punto la colonialidad del poder absorbió para sí la idea de producción organizándola a partir de la empresa del capital, subsumiendo formas otras de producción, intercambio, consumo, como el trueque y las economías pre-capitalistas. Pienso que oficios como el de la doula y en prácticas emergentes como las que vemos en la organización comunitaria de cooperativas y prácticas de economía solidaria se vislumbra el germen de nuevos criterios para resistir a la forma capitalista de comprensión de la remuneración, y apostar a formas otras de intercambiar saberes, servicios y productos.

Otra posible línea de indagación se vincula con la fuente de financiamiento; si esta ha de ser exclusivamente el Estado o si podemos permitirnos sentipensar alternativas cooperativas/de intercambio/trueque (por mencionar algunas) que nos permitan salir de la dicotomía y encontrar nuevas posibilidades de hacer, al observar que el intercambio de energía por la entrega que la tarea doula requiere debe ser equilibrado de alguna manera.

Con el fin de indagar en el grado de profundidad del vínculo trabajadorx social-mujer, decidí preguntar acerca de la cantidad de encuentros que existen con una mujer, así como la cantidad de mujeres con que se trabaja por día.

La cantidad de veces que unx trabajadorx social ve a una mujer varía:

- en el caso de las Salas, tres seguro: una en el embarazo, otra cuando viene con el bebé, otra en salud sexual
- en el Materno puede ser 1 o 2 en vistas a completar formularios institucionales.

- en caso de ser preciso, cada mes, o cada semana.

Confrontando esto con que *“la misión del trabajo social en los centros de salud es la salud materno-infantil”* (TS5), se observa que el trabajo social se ocupa de los casos problemáticos (a los cuales puede llegar a ver cada semana); entiendo que la “salud” materno infantil no es sólo clínica sino que se vincula a que dicho proceso de transformación suceda de manera contenida, encuentre espacios de re-significación en lo colectivo, que vinculen a las mujeres con el empoderamiento en esta etapa de revelaciones producto del dar fruto de la naturaleza femenina. En esta línea, TS6 expresó: *“No hay tanta consciencia a nivel general de la población femenina de que para el embarazo, el parto y el puerperio también hay que prepararse psíquicamente y emocionalmente”*. Esto da cuenta de la transición en la subjetividad social acerca de la maternidad; el emerger del rol de la doula no es casual, sino que es producto de la demanda de la sociedad, de la mujer/familia atravesando procesos intensos que pulsan por respuestas más comprometidas y acompañamientos más integrales. En este sentido, se observa un abordaje puntual de situaciones vinculadas al devenir de la maternidad por parte de lxs trabajadorxs sociales en yuxtaposición con una mirada profunda que ve más allá de la tarea que realiza.

En relación a la **cantidad de mujeres con que trabaja una doula**, las respuestas recogidas fueron:

- que es bastante relativo, y depende de la entrega de cada Doula, de lo que puede dar *“en el tiempo concreto y lo que es el tiempo energético”* (D1); ya que el acompañamiento implica las consultas presenciales, el vínculo virtual y el compromiso desde lo emocional: *“algunas Doulas pueden bancar alto voltaje, y otras no tanto”*
- que si se está trabajando exclusivamente de doula, se puede acompañar al menos una mujer por día,
- que se vinculan con más cantidad de mujeres en encuentros grupales llamados “círculos” de mujeres embarazadas o en puerperio.

La doula que acompaña partos en domicilio expresó acompañar dos o tres mujeres por mes.

Al indagar en las **características del vínculo con las embarazadas**, las doulas entrevistadas expresaron:

- que la confianza mutua es la base.
- que se va construyendo a medida que la mujer lo va generando
- que generalmente deviene en amistad
- que es sincero, respetuoso y no invasivo

Cuando se les preguntó acerca del **vínculo con las embarazadas**, lxs trabajadorxs sociales asumieron tener un buen vínculo, resaltando los aspectos que consideraban relevantes desde su práctica. Agrupé dichas significaciones en tres. Las mismas no son excluyentes sino más bien complementarios, y en las diversas entrevistas tuvieron un peso específico diferente, a saber:

- Las que están dispuestas a desarrollar un espacio de trabajo a nivel psicosocial, y a la contención del padecimiento subjetivo particular.
- Las que abordan más lo social, observando en qué momento llega ese bebé, en qué medio está, si quiere o no tenerlo, darlo en adopción.
- Las que valoran el respeto en el vínculo, saber el nombre de la mamá.

Traeré los aspectos de la nueva Ley Federal de Trabajo Social que considero contribuyen a visibilizar el potencial del rol del/la trabajadorx social en este contexto de vulnerabilidad; en un momento de especial fragilidad y apertura de la mujer, a la vez que esencial para el/la recién nacidx, en un proceso extremo que considero de vida- muerte- vida.

Entre los Objetivos de dicha Ley se menciona el “*promover la jerarquización de la profesión de trabajo social por su relevancia social y su contribución a la vigencia, defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales*”. En este sentido, construir ciudadanía y democratizar las relaciones abre la puerta a la conscientización acerca de la Ley de Parto Respetado en pos de la

erradicación de la violencia obstétrica así como a acompañar el necesario proceso de desnaturalización sobre el rol/la falta de re-conocimiento acerca de la sabiduría de la mujer madre y el desarrollo de la auto confianza del género femenino en su propia naturaleza, en muchos aspectos desvirtuada por el patriarcado y las estructuras conceptuales que nos rigen. En este sentido el proceso no sería sólo con un sector social, ni con el sector “mujeres” (que sí requiere a mi modo de ver un proceso como género) sino con con la sociedad toda, que crea y recrea unos códigos que dañan profundamente la dignidad humana violentando un momento fundante de la vida.

A su vez, se vislumbra la importancia de la interdisciplina y el complemento de saberes en un contexto que no precisa sólo técnica ni tecnología, ni conceptos económicos propios de esta lógica productivista sino una mirada que incluya la dimensión humana, afectiva, la complejidad propia de las sociedades modernas y sus diversos padecimientos subjetivos.

Cuando indagué acerca de la **dinámica al interior del Equipo de Salud** y a la posibilidad del trabajo interdisciplinario se expresó

- que existe cierto nivel de trabajo en equipo, ilustrado por las siguientes citas:

“el médico cuando le dice los controles que tiene que hacerse las manda al servicio social.” (TS6)

“tenemos la posibilidad de acordar con los otros profesionales del sector: depende mucho del profesional que haya” (TS1); esto comienza a delinear

- la complejidad del trabajo conjunto con otrxs profesionales, acotándose a situaciones puntuales: *“en situaciones que son consideradas complejas desde el mismo Hospital, desde los mismos médicos, se labura mas interdisciplinariamente, se solicita al Servicio Social o al Servicio de Salud Mental poder hacer un abordaje en conjunto con ellos, pero muchas veces queda reducido a, situaciones complejas, puntualizando en ciertas problemáticas.”* (TS2)

- que predomina la mirada médico hegemónica desde lxs médicxs con los cuales la comunicación puede ser en ocasiones muy difícil: *“uno lo intenta generar y como que queda ahí, como que es difícil poder laburar en equipo cuando hay alguien que está planteando... cuando hay una disciplina que plantea una hegemonía y que no da lugar a otras cuestiones”* (TS2)

Tomando a Cazzaniga (2002) en relación a la integración de Equipos y el trabajo interdisciplinario, en el Equipo de Salud, el Trabajo social ocupa el lugar de las ciencias sociales; la interdisciplina se enfrenta a la complejidad de las nuevas demandas hacia los servicios de salud. Está interpelada por una serie de acontecimientos que se pueden englobar dentro de los padecimientos del presente. Es entonces nuestra mirada capaz de captar las subjetividades diversas y los padecimientos comunes que se traducen en nuevas demandas y en búsquedas de nuevas respuestas. Esto viene a transformar la aceptación de la complejidad del trabajo interdisciplinario en un necesario rol activo por parte del trabajo social en pos de tomar las riendas y guiar ese proceso.

Tomando a Susana Cazzaniga (2002), la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy: *“No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía.”*

En este sentido, TS4 aportó: *“en el Sector hay un montón de profesionales, cada uno como que tiene una visión y tiene su conjunto de dificultades. Todo el mundo mirando por su agujerito y todo el mundo diciendo “yo tengo esta dificultad, yo tengo otra. (...) la lectura de un campo te permite ver que hay muchos actores diversos, cada uno con sus espacios de poder (...) yo creo que prevalece eso, “esto lo hago yo, esto lo hacés vos”... Y cuando no se sabe quién lo hace no lo hace nadie”*

Esto lleva a mencionar una categoría emergente que tiene que ver con la **caracterización de los procesos en el Sistema de Salud**. En este sentido lo que se expresa en las entrevistas es:

- la fragmentación de los procesos,
- la dificultad de hablar sobre los procesos de trabajo; *“No se habla de los procesos de trabajo: “Lo estamos haciendo bien, vamos... ¿Cómo lo podemos hacer mejor? Sería la pregunta. O bueno, tenemos este problema... Uno no se pregunta qué es lo que está haciendo mal, o cómo hacerlo mejor... Sino “¿viste?, la gente viene cada vez peor” (TS4)*
- que los procesos de trabajo están centrados en lxs profesionales
- que el Sistema de Salud se basa en la oferta y no en la demanda: *“la salud se organiza sobre la oferta y no sobre la demanda. Osea los hospitales no es que adecúan la oferta que hacen a la demanda de la población, es al revés... Es, “yo te puedo ofrecer todo esto, te sirve? bien. Sino te derivo a otro lado” El sistema de salud funciona así” (TS4)*

Observo que sólo nosotrxs, y desde nuestras prácticas podemos jerarquizar nuestro rol, que no es únicamente la atención de problemáticas puntuales: entiendo que limitar el rol a un sector social o a situaciones específicas (que devienen de sus mandatos fundacionales) nos coloca un lugar marginal en relación al parto-nacimiento, lejos de la disputa necesaria para transformar la atención perinatal.

Tampoco contribuye a jerarquizar nuestra profesión la urgencia que supone el abordaje de dichas situaciones extremas, ni la dinámica institucional agotadora que impone unas condiciones laborales violentas para el/la propix trabajadorx. Todo esto dificulta la problematización de la propia práctica, posibilidad de sistematización y formación, a la vez que conduce a una naturalización de dicha situación de violencia que circula con quienes trabajamos.

En este sentido, también se plantea entre los objetivos de la Ley *“Proteger el interés de los ciudadanos, generando las condiciones mínimas necesarias para la prestación de servicios profesionales con competencia, calidad e idoneidad”*;

esto nos ubica en un lugar que nos obliga a de-construir las condiciones en las que se presta un servicio y desnaturalizarlas; proponer, debatir, movilizar los recursos para que eso suceda.

El Trabajo Social dispone de un lugar privilegiado a la vez que de una mirada capaz de abordar la complejidad recuperando las perspectivas de otras disciplinas a la vez que la mirada de aquellxs con quienes trabaja. Dispone de múltiples herramientas para generar y coordinar grupos, redes, dispositivos que permitan interpelar la realidad en pos de su mejoramiento. Tiene un campo de acción amplio que le permite actuar en pos de la protección de derechos a la vez que el acompañamiento en el empoderamiento social.

En relación a la **mirada acerca de la propia práctica**, el Código de Ética de la Red Argentina de Doulas (al cual pueden adherir las Doulas voluntariamente de manera individual) insta a la reflexión profunda acerca del compromiso y la entrega que dicha tarea requiere, así como al trabajo honesto y constante de introspección, que le permita a la Doula conocer sus fortalezas y sus límites internos, *“para poder delimitar el territorio de acción en el cual puede ofrecer una aceptación incondicional hacia la mujer que la convoca y sus circunstancias.”* También explicita que debe encarnar, durante su tarea los siguientes valores: honestidad, respeto, cortesía, responsabilidad y compromiso. Su conducta debe guardar integridad y coherencia; esto indica una constante observación y reflexión de la propia práctica. En su reflexión interna debe reconocer sus juicios y prejuicios, para poder evitar transmitirlos. Asimismo, si comparte una información subjetiva, debe aclarar que se trata de una experiencia propia.

En línea con esto, y buscando conocer acerca de la **percepción sobre la propia práctica del/la trabajadorx social**, aparecieron distintas apreciaciones:

- Que no hay espacio para reflexionar colectiva y constructivamente sobre la práctica.
- Que hace falta ese espacio de comunicación, así como un espacio de supervisión de la intervención. *“ojalá alguien me marcara qué tendría*

que mejorar, porque si me diera cuenta trataría de hacerlo, entendés?”
(TS3)

- Que es necesario un mayor vínculo entre lxs trabajadorxs sociales de los CAPS y del Materno.
- Que es necesario un mayor vínculo entre los centros de salud y la comunidad; generar espacios para que las mujeres planteen sus inquietudes del embarazo más allá de lo clínico, vinculado a lo emocional y lo colectivo; asumir que el acompañamiento del padre en el parto es un derecho y que hay que educar en ese sentido.

Frente a esto, se dijo: *“este año en la comunidad han habido dos casos de abuso sexual, y uno seguido de muerte y desde la institución no se ha hecho nada”* (TS6). Esto evidencia una desconexión de la institución y una falta de pertenencia con el barrio, con las personas que dan sentido a ese centro de salud; en esta dialéctica entre lo instituido y lo instituyente está el/la trabajadorx, buscando configurar formas otras de intervenir y acompañar.

- Que es fundamental la capacitación;

“si hay una Ley hay que capacitar a lxs profesionales, hacer Ateneos, encuentros y plantear que los centros de salud tienen que andar en la línea de esta Ley.” (TS6)

“generar ciertos dispositivos de trabajo que tengan que ver con “esta institución hace las cosas así porque sienten que tienen que ser así, porque es la respuesta que uno le tiene que dar” (TS4)

En este sentido, la Ley 27.072 la establece como un derecho desde lo laboral.

Cuando se indagó si lxs profesionales tenían **formación específica** en relación a la maternidad, lo femenino, el parto nacimiento respetado, las respuestas obtenidas fueron:

- Que en la Facultad no, salvo un caso de una residente egresada de la UniCen que comentó que últimamente a medida que fueron avanzando los debates de género se comenzaron a incorporar nuevos planteos.

- que desde los Centros de Salud no hay una postura institucional, instancias de reflexión vinculadas al parto nacimiento respetado ni de capacitación. *“En el Centro no hay instancias de reflexion al interior del equipo en forma sistemática, hay charlas individuales”* (TS6).
- que el Programa “Preparándote a nacer” es un espacio-tiempo que interpela la realidad y convoca a repensar junto con las mujeres madres aspectos transversales del proceso.
- que funciona actualmente la Mesa de Parto Respetado, la cual es convocada desde la Universidad Nacional de Mar del Plata y se la visualiza como un lugar propicio para el intercambio y la formación específica.

Entre lxs entrevistadxs del Materno se expresó:

- que los Ateneos del Servicio Social son un espacio donde podría darse algún tipo de debate más colectivo, aunque no específico: *“Los Ateneos están buenos porque te conocés con tus compañeros, conocés la realidad que está trabajando el otro, más allá de que conozcan el sector, y te cruces... (...) Ahí participa todo el Servicio Social, somos 25 personas.”* (TS1)
- que la Docencia en la Residencia es un espacio de problematización, reflexión y elaboración de la praxis. *“una constante recuperación de la práctica”.* (TS4)
- que *“capacitar en este tipo de instituciones, es difícil, por una cuestión de que es mucha la demanda de trabajo, que nadie le va a poner ni media hora más de su vida al trabajo por lo general, por lo que sobre todo ciertos sectores están sobreexplotados”* (TS1)

Sólo unx de lxs entrevistados mencionó haber hecho una Diplomatura específica. Es dable aclarar que mientras la formación de la doula se centra específicamente en el parto-nacimiento, el trabajo social como disciplina transversaliza un conjunto de campos que van desde la salud, la educación, la justicia, a los nuevos escenarios emergentes como lo ambiental, la economía social, entre muchos otros. Esto implica que si bien la perspectiva de género debería ser parte de la formación en tanto toca todos los campos, también es

cierto que el campo específico del abordaje de los procesos de gestación, parto, nacimiento y puerperio implica una área específica que no todos los trabajadores sociales abordan de manera explícita.

En cuanto a la **formación doula**, la misma es específica en relación a la maternidad y atraviesa los siguientes ejes temáticos:

- el ser mujer, la naturaleza femenina, los ciclos,
- fisiología de la mujer, del/la bebé, del parto
- proceso emocional del puerperio,
- lactancia,
- alimentación sana, del /la bebé y de la madre
- rol de la doula con la mujer, con su pareja, con los profesionales de salud
- actitud de la doula: la empatía, la escucha: *“nos enseñan a no enseñar”*
- ámbitos de trabajo de la doula,

También se expresó, que más allá de la “formación”, una mujer es doula cuando siente el llamado de acompañar a otras mujeres en ese proceso; y que puede ser doula a partir de experiencias y no necesariamente de una formación. En este sentido, y en este momento del proceso, no estamos comparando dos oficios homologables, sino dos prácticas sociales que en determinados escenarios pueden interactuar en beneficio de una mujer madre y su bebé. Una de ellas es una profesión reconocida académicamente por títulos oficiales, habilitada mediante matrícula y habilitada por el Estado. La otra es una práctica emergente, que cuenta con particularidades y diferencias de los oficios reconocidos legalmente en el campo de la salud. Entiendo que estas diferencias, lejos de ser un obstáculo, se pueden erigir como potenciadoras de intervenciones articuladas y emancipadoras en relación con los derechos de las mujeres y los niños.

Asimismo, se afirmó que no hay una acreditación oficial en Argentina que certifique que la práctica de la doula. Una de las entrevistadas expresó: *“No hay certificaciones legales a mi entender, porque este rol escapa a muchas estructuras de intervención y son cosas que no se puede realmente medir ni tampoco evaluar en una mujer. La conexión, la empatía, la telepatía, la intuición... Son cosas que son tan femeninas que no entran dentro del marco de las profesiones estandarizadas y certificadas por las instituciones.”* (D1)

Se observa en la caracterización de la formación un intento por aprehender la mirada del/la otrx, por conocer sus necesidades, con el fin de ser lo mas útil posible al proceso: *“Es un acompañamiento a la mujer en sí en un momento muy vulnerable de nuestras vidas.”* (D3).

La **mirada de la/el otrx** representa otra situación que emerge de las entrevistas y se vincula al modelo actual de atención de los partos nacimientos. Dicha conceptualización varía entre lxs trabajadorxs sociales y la institución, respecto al paciente, y atraviesa el interior del Equipo de Salud afectando a las dinámicas de trabajo.

En cuanto a los valores que toma dicha categoría aparecen dos posturas ideológicas/filosóficas:

- aquella que niega al otro
- aquella que lx considera.

Asumo como formas de negar al/la otrx la ausencia de posibilidad de comunicación con esx otrx al no asumirlx como interlocutorx validx. Esto incluye la falta de escucha, en relación a lo que el/la otrx siente/sabe/necesita. Asimismo, se basa en el juicio y la desvalorización en base a una supuesta superioridad, idea por demás colonial.

En este sentido, en lo que respecta a la **caracterización del vínculo institución-paciente**, extractos como el siguiente muestran aristas de la mirada del/la otrx con quien se interviene: (entrevistadx cuenta un dicho de unx enfermerx:) *“si yo estoy despierta trabajando, ella tiene que estar despierta”*

(TS1) frase que evidencia una des-consideración del momento de fragilidad de una mujer en el post parto; frente a lo cual, unx de lxs trabajadorxs sociales expresa: *“si están dormidas, yo tengo la norma de no despertarlas”* (TS1), evidenciándose aquí una mirada mas sensible y empática con una mujer en situación de pre-post parto. En este sentido, unx de los trabajadorxs sociales expresó: *“la demanda es tanta que no te podés dar el tiempo de dedicarle más tiempo a lo simbólico, a construir al otro un rol... El/la otrx no es lo que es, uno participa en la construcción de esx otrx, padre, madre, familiar... Y para eso lo tenés que pensar como un proceso de trabajo. Para el enfermero muchas veces la cosa pasa por poner una vía, un catéter, una sonda, esa historia. Y el enfermero es el que más construcción simbólica hace con el otro. “Ah, te gustó, ahora te duele, jodete cerrá las piernas”, vos le estás diciendo al otro: sos esto. Construirse simbólicamente, hablar... Y acá la intervención es mecánica y material: “meto la cosa por la nariz, saco de acá, te pongo de allá”. Entendés? Ellos no lo tienen en su formación. Es como si no se vieran que...que al otro vos lo construís.”* (TS4)

“Por qué no te ligás?” No se dan un minuto para escuchar al otro...” (TS4)

“Las despiertan, las interrumpen, les prenden la luz... recién parieron” (TS2)

Estos dos últimos testimonios, sumado a *“ahora el Hospital tiene una unidad obstétrica nueva; no ves que parece una Clínica de lindo esto?”* (TS3) confrontan al/la profesional cara a cara con la dignidad de esa “otra”: por qué una clínica es “linda” y un hospital no? se invaden estos momentos-espacios de intimidad de igual manera en una clínica que en un hospital? ¿qué se está construyendo desde los Equipos de Salud? ¿Dignidad o sumisión? ¿qué componentes subyacen/ sostienen estas prácticas? Relaciones bélicas, donde el poder circula, invisible y tácito, potencialmente de-construido, dialogado, resignificado.

Cito una frase de Eva Duarte, contextualizada por un análisis que hace Carballada sobre cómo las políticas sociales pueden impactar en las subjetividades a partir de transformar la vida cotidiana: *“(...) ninguna persona, por más dinero que tenga podrá ser mejor atendida en ningún sanatorio del país, ni tendrá más comodidad y más cariño que los enfermos en los policlínicos de la Fundación. La razón de mi actitud es bien sencilla: ¡Hay que*

reparar un siglo de injusticias! (...) yo no tengo ningún escrúpulo en hacer obras que construye la Fundación, incluso con lujo, tal vez podría cumplir igualmente su misión con menos arte y menos mármol, pero yo pienso que para reparar el alma de los niños, de los ancianos y de los humildes, el siglo de humillaciones vividas, sometidos por un sistema sórdido y frío, es necesario traer algo de mármoles y de lujo."... (Duarte, 1973).

Me parece de particular relevancia esta observación, en el sentido de cómo acompaño y contribuyo (o no) a la construcción de esa otrx, de su subjetividad, su autoestima, su dignidad, la mía como profesional.

En lo que respecta a la **comunicación**, se expresa la dificultad del Equipo de Salud de comunicarse con lxs pacientes: *"Y el médico cuando pasa, porque pasan como "en manada" les digo yo, pasa el médico Jefe, la Residente 1, la Residente 2, la Residente 3, la Enfermera y otro médico que esté generalista, si quiere, pasan por todas las camas, pero no se dirigen a la paciente, hablan entre ellos."* (TS1)

A continuación cito otro testimonio que denota la dificultad en la comunicación: *"Este es boliviano, es re cortito, no me entiende nada" Y cuando vas te das cuenta que habla en quechua".* (TS4) Infiero aquí una falta de escucha por parte del Equipo de Salud observada por el/la trabajadorx social, la cual implica una negación de esa otrx, una situación de violencia, de falta de respeto y desvalorización, desinterés.

En cuanto a la **caracterización del vínculo doula-mujer**, se expresó que es un vínculo cercano y fuerte, donde la doula cumple la función de "cuidar" el proceso de esa mamá-bebé-familia y donde estxs pueden apoyarse.

Una de las doulas respondió: *"Que yo esté o no conforme con el vínculo me parece que es indistinto, a mi me interesa que la mujer esté conforme con el vínculo. No tiene que ver con una necesidad mía sino con la de la mujer."* (D2)

Esto reafirma el carácter sub-versivo en cuanto al planteo de las relaciones bélicas, en un intento de habilitar otra mirada, poner al/la otrx antes que a unx mismx en un acto de entrega, asumiendo que ese momento es fundante de esa mujer, antes que de la doula.

Encuentro aquí una relación estrecha entre doulas y trabajadorxs sociales; promotorxs de derechos, guardianxs de la vida. Dice Carballada (2005) sobre lxs trabajadorxs sociales: *“su presencia en los Equipos de Salud habla de mucho más que de un cuerpo enfermo”*.

Al preguntar sobre la **consideración acerca de la violencia obstétrica** se encontraron distintas significaciones:

- la gran mayoría de lxs trabajadorxs sociales considera que la mujer es violentada y que al no conocer sus derechos no reclama; *“piensan que no les corresponde tampoco”* (TS2) visualizándose aquí una sumisión y aceptación que excede la violencia obstétrica e institucional y que son componentes fundamentales para que la violencia obstétrica se ejerza.
- una de las entrevistadas expresó que nunca vio violencia en el Hospital: *“yo tengo puesta la camiseta del Hospital, y nunca vi una situación de maltrato, es por ahí lo que te cuentan”* no dando entidad a *“aquello que cuentan”* quienes se atienden en el Hospital, a partir de *“ponerse la camiseta”*. (TS3)

Observo aquí dos posicionamientos: uno primero de observación donde lxs trabajadorxs se sitúan en un lugar más pasivo/testigo acerca de lo que observan, y otro de identificación absoluta, más tomado por el discurso institucional. Profundizar en la necesaria decolonialidad de la mirada, así como en la necesidad de *“desencadenar procesos”* en palabras de Hugo Spinelli hace unos días presente en nuestra Facultad, me dan algunas pistas acerca de cómo construir miradas complejas con necesarios grises y grietas que habiliten el diálogo y la transformación.

En el Capítulo II, artículo 4to de la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 sobre el ejercicio profesional, se entiende al Trabajo Social como *“la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias*

sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” Esto propone profundizar el debate hacia el interior de los Equipos de Salud, acerca del significado de “cohesión social”, “desarrollo social”, “responsabilidad colectiva”.

Asimismo, el trabajo social incorpora saberes “otros”, y si bien trabaja para determinada institución su compromiso es con las personas, por la emancipación y la justicia social.

Es por esto que busqué conocer cuál era la visión de lxs profesionales sobre las necesidades de la mujer en las distintas etapas del proceso;

Al indagar en las **percepciones acerca de las necesidades de la mujer embarazada**, lxs trabajadorxs sociales expresaron:

- que necesita ser respetada, antes que todo, asumiendo el estado de mayor vulnerabilidad,
- que existe la necesidad de “incluirse en un Programa”, que sepan que si tienen alguna duda tienen un lugar para consultar,
- que hay cada vez más necesidades materiales,
- que la mayoría acuden al centro en pos de atención médica. En este sentido, se expresó: *“En general la necesidad era de tipo biomédico; el control, la ecografía, las vacunas, las vitaminas, la leche que se entrega para el control del embarazo. Yo creo que tienen un montón de dudas que no se animan a consultar, sobre todo las más jovencitas. Terminan consultándolo en el curso preparto. Una chica primeriza de 18 años terminó compartiendo que le daba pudor estar desnuda adelante de los médicos en el momento del parto, y la pucha si no es una preocupación! Pero se animó a contarlo en un espacio en que eran embarazadas y nosotras. Yo creo que dudas de ese tipo tienen un montón que no se animan a contarlo”* (TS6); en línea con esta inquietud, propone difundir más el curso preparto, para generar más espacios que reciban este tipo de replanteos.

- que en pocas ocasiones plantean diferencias en relación al momento del parto, o la compañía

En este sentido, la mirada desde la profesión identifica la necesidad afectiva, de contención y el momento de mayor sensibilidad de la mujer en su devenir madre. Asimismo, observa la situación social-económica, reconoce las necesidades "clínicas" manifestadas, mas expresa que le gustaría alojar otro tipo de padecimientos subjetivos que muchas veces no están siendo manifestados/ alojados por parte de lxs profesionales.

Por su parte, agrupé las **necesidades de una mujer embarazada según las doulas** en:

- Afectivas: la contención, el sostén, el respeto. Sentirse escuchada y comprendida. Informada. Cuidada
- Físicas: Nutrición saludable y equilibrada, cuerpo sano y fuerte, ejercicio y masajes. Dormir bien y mucho.
- Espirituales: Sentir placer y alegría, Permitirse desligarse de las preocupaciones, los horarios, lo más "racional" y conectar con la intuición. Conexión con su bebe, con su pareja, con la naturaleza, el embarazo, el cuerpo. Confianza en sí misma; rodearse de personas que le brinden tranquilidad y confianza.

Este acompañamiento, decolonial, que apunta al empoderamiento del género y al conocimiento de las necesidades que este proceso sensible requiere es de especial interés para el Trabajo Social, porque camina esa senda que estamos vislumbrando necesaria.

Al indagar en las **necesidades de una mujer en trabajo de parto, lxs trabajadorxs sociales** expresaron:

- que se la tome como un ser único en una situación única,
- que se la respete,

- se la contenga emocionalmente,
- se la acompañe,
- que haya comunicación con el médico,
- que se escuchen sus necesidades,
- que sea protagonista de su parto.

En relación a esto, surgieron en las entrevistas dos testimonios antagónicos que dan cuenta de la transición que se está viviendo en la atención perinatal y de lo variopinto del quehacer profesional, con una postura más cerca de la mujer/de la institución:

“Esto del parto en cuclillas, vinculado a nuestras ancestros, a los pueblos originarios, te conecta mucho mas con ver nacer a tu hijo, que es un detalle que hace mucho a ser protagonista de ese momento.” (TS6)

“Si quiere parir en cuclillas no creo que acá acepten eso o esas cosas... Se va avanzando de a poco.” (TS3)

Las **necesidades de una mujer en trabajo de parto**, según las doulas son:

- sentirse segura, en
- un ambiente cálido y de intimidad,
- sentirse contenida, respetada, cuidada, escuchada,
- que estén satisfechas sus necesidades básicas.

Que quienes la acompañan:

- estén a disposición de lo que va necesitando,
- confíen en la mujer, le recuerden que puede y que lo está haciendo bien.

D2 expresó al respecto: *“Esa mirada de que lo estás haciendo bien ayuda un montón. Sobretudo cuando el trabajo de parto se hace largo, y uno pierde un poco la noción del tiempo, y el cansancio se nota, el ánimo es importantísimo”*

En relación a esto, Michel Odent expresó que hay un momento en que la mujer cree que no puede dar más de sí; es fundamental en este momento una compañía amorosa de su confianza.

En línea con lo anterior, se manifestó que *“un espacio adaptado a las necesidades de la mujer, le permite establecer una conexión profunda consigo misma en donde puede permitirse ser, y donde pueda permitirse fluir el instinto”* (D3)

Este extracto da cuenta de lo que el obstetra Michel Odent expresa en su libro “El bebé es un mamífero”; que el acto de parir y nacer es algo natural, propio de la especie, y por lo tanto la mujer en ese momento necesita una conexión con lo más primitivo de sí misma. Se abre acá un universo de interrogantes y de pistas a seguir en pos de de-construir la racionalidad colonial imperante, que juzga aquello “primitivo” y endiosa lo “civilizado”, contribuyendo a enajenar la naturaleza humana, y despojando la femenina de su sabiduría ancestral.

Las doulas se definen como “guardianas de la oxitocina”; ellas intentan velar porque el proceso natural se vea lo menos perturbado posible, y que la hormona del amor, que permite la apertura de la mujer en este acto de entrega, pueda fluir sin obstáculos que surjan a partir del miedo o las preocupaciones con “el mundo exterior”.

Todo esto está detallado en el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)¹⁰ el cual se presenta como una propuesta concreta y realizable en relación al cambio de paradigma perinatal que *“promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad”* a la vez que *“involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”*

En línea con esto, en el Capítulo III, Artículo 9 de la mencionada Ley, se establecen las incumbencias profesionales; *“siempre en defensa, reivindicación*

¹⁰ La descripción de este Programa fue consignada en el Capítulo 4, en el apartado de Normativa en Argentina. En las entrevistas en el HIEMI se me refirió que éste ha suscripto al mismo.

y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como (...), salud, (...) niñez y adolescencia, (...) género, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

En línea con estos dos últimos ítems, buscando conocer el vínculo institución-trabajadorx social- paciente se les preguntó a lxs entrevistadxs acerca de **lo que brinda la institución a la mujer embarazada y lo que no**. Se encontraron distintas respuestas;

En lo que respecta al Hospital Materno Infantil, se manifiesta por un lado

- que brinda todo lo vinculado a lo médico; *“ingresa al sistema público y todas las Leyes que están vigentes se aplican”* (TS1)
- que intenta brindar una atención integral desde sus tres patas (servicio social, salud mental, médicos) pero que no lo logra ya que se aborda a la mujer únicamente desde lo clínico: *“solamente se la aborda desde lo clínico, desde lo médico, se reduce a esa mujer sólo al momento del parto, y no se la puede observar en su totalidad, no se puede observar que esa mujer, como cualquier persona es parte de una complejidad que tiene que ser tomada en cuenta en todas sus dimensiones. (...) no encuentra contención, no encuentra respeto hacia su persona, no encuentra tranquilidad, cuestiones que se derivan de toda esa misma situación de no verla de manera integral”* (TS2)

En relación a la Sala, se expresó que la misma brinda:

- atención médica para la mamá y el bebé,
- algunos recursos materiales tales como leche en polvo, vitaminas,
- desde lo administrativo tramitan los turnos con el CEMA y el Materno,
- que se brinda contención emocional desde la Sala, aunque no la totalidad de lo que la mujer necesita,
- que el horario de atención es una barrera a la accesibilidad, sobre todo vinculado a la posibilidad de acompañamiento por parte del varón, que en general por la mañana está trabajando.

En relación a lo que brinda la institución, las doulas expresaron que la misma brinda:

- *"un contexto "seguro" en relación a la vida y la muerte y respuestas concretas en caso de necesidad" (D1)*
- *la atención de necesidades clínicas: "va más a lo práctico lo que atiende. Que ese bebe este bien alimentado y esa mamá está sana. Después no le brindan otros apoyos que son importantes... yo veo con el tema de la alimentación del bebé por ejemplo, no ven que aquella que alimenta al bebé es una mujer, que le pasan cosas, que está cansada, que necesita tiempo, entre otras cosas... Lo único que **vigilan** es que esté comiendo..." (D2)*

Quisiera resaltar de este fragmento las palabras encomilladas; contexto "seguro" infiero se vincula a que brinda ciertas seguridades y cuidados, pero pierde de vista otros aspectos fundamentales para que esa mujer se sienta segura y cuidada. A su vez, la palabra "vigilan" denota una concepción de la institución vinculada a un control, a mantener un orden, de los cuerpos, de las actitudes, más que a un acompañamiento de la salud integral de ese ser humano.

Respecto a lo que no brinda la institución, las doulas expresaron:

- en la mayoría de los casos el parir en libertad: *“Como que les cuesta... ceder el poder. Justamente, este querer controlar, muchas veces termina llevando a problemas en el parto”* (D2),
- que no contempla necesidades básicas: un ambiente cálido desprovisto de ruidos y otras energías invasivas,
- que no brinda sostén y acompañamiento desde lo sensible.

En este sentido, D1 manifestó: *“sería ideal tener un apoyo médico básico; cuando un embarazo va bien, la mujer esta conectada consigo misma, con su bebé, no debería por qué ir a una institucion, y sí contar con un sosten médico que la acompañe para que ella pueda parir tranquilamente en su casa si quisiera como hacian las antiguas abuelas. Que el parto sea institucionalizado cuando un embarazo sea de alto riesgo o se dé una situacion en el trabajo de parto que asi lo requiera.. O tambien podrian existir casas de partos nacimientos, un seguimiento mas profundo, reconociéndolo como un acto instintivo, sagrado, un instante magico e irrepetible el nacimiento de una persona y un viaje muy intenso para cada familia el trabajo de parto”*

Cabe destacar que en países como Holanda, la obra social cubre el parto en hogar, así como institucional en casos de riesgo, y que en España (por citar dos ejemplos) hay numerosas casas de parto.

Vuelvo a las incumbencias del/la trabajadorx social para seguir encontrando acciones posibles a realizarse en este área, que precisa una mirada humana, comprensible, de aceptación. Está dentro del campo de acción profesional, la:

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

7. Intervención profesional como agentes de salud.

Respecto a la **participación de lxs trabajadorxs sociales en el parto** se expresó

- que desde las Salas preparan a las mujeres para el trabajo de parto, para que tengan menos miedo,
- que el momento del parto no es un momento para que lxs trabajadorxs sociales estén, *“a no ser que en ese momento justo me digan que lo quiere dar en adopción”* (TS3),
- que es un momento para enfermeros y médicos.

En este sentido, en este contexto y asumiéndonos agentes de salud y promotorxs de derechos colocaría la situación bajo la lupa. ¿Cómo pueden lxs trabajadorxs sociales acercarse a este hecho de vital importancia para mamá-bebé-familia-futuras generaciones humanas? ¿qué debates hay que dar al interior de los Equipos en pos de tomar a la mujer por parir como portadora de derechos? ¿hace falta formación específica para que lxs trabajadorxs sociales conozcan más profundamente este estado de particular vulnerabilidad-fortaleza-necesidad de empatía y desde allí acompañar al resto del Equipo a posicionarse correctamente? ¿Es el parto nacimiento un hecho médico, o un acto sexual? ¿ritual? ¿de control social?. Aspectos a repensar, de-construir e iluminar nuestra práctica para que podamos ser útiles a este necesario cambio cultural. Como primeras intuiciones pienso que nuestra especificidad como trabajadorxs sociales, tal como sostiene la Ley 27.072, se ubica en la promoción y protección de derechos. Muchas de nuestras intervenciones se construyen a partir de generar condiciones y herramientas para el ejercicio de estos derechos. En el tema que nos ocupa, una herramienta fundamental institucionalizada es la posibilidad de conveniar un Plan de Parto, suscripto por la familia, lxs profesionales y/o la institución. Este derecho no es siempre conocido ni respetado y entiendo que desde el trabajo social podríamos hacer un aporte sustancial para promoverlo, su cumplimiento conduce al cumplimiento de la Ley.

Me gustaría traer en este momento la **participación detallada de las doulas en el trabajo de parto**:

- Observan que la mujer esté en un contexto lo más cómoda posible; en un ambiente cálido, confortable. Atentas a las luces, el calor y el

alimento, en pos de que se genere “oxitocina”, la hormona del amor que contribuye al parto-nacimiento.

- acompañan, brindando (dentro de sus posibilidades) lo que vaya requiriendo la mamá,
- Pueden tomar un rol activo, poniendo el cuerpo a partir de masajes, caricias, o un rol pasivo de observación en pos de velar por el proceso,
- Están atentas al rol del compañero, a darle su espacio en este momento tan especial, a asistirlo si necesita,
- Representan una persona de confianza, contención.

Se visualiza en este sentido, que en materia de derechos (del paciente, de la mujer en trabajo de parto, del niñx) hay mucho por cuidar en ese momento sensible, al margen de que el debate debería generarse- darse en otro espacio tiempo.

Asimismo, en materia de diálogo, comunicación empática y confianza, el trabajo social tiene un vínculo privilegiado con las mujeres en esta situación, como mencioné anteriormente.

Por otra parte, en cuanto a la desnaturalización de la feminización en la crianza, el rol dado al papá en este proceso está en transformación y necesariamente debemos darnos el espacio de repensar esta figura y tomar postura al respecto, de ningún modo ingenua ni inocua.

Diversas situaciones atraviesan este acto sexual íntimo y trascendente, hecho fundante para la mujer y su hijx, para el papá, para ese ser familia.

En este sentido, apareció en las entrevistas el “negociado que hay en el medio”: *“y no pasa por lo que cobran el parto o la cesárea porque cobran lo mismo, sino que pasa por la hotelería; una mamá que tiene un parto natural está un día internada y una mamá que tiene una cesárea está dos días, entonces son dos días que se cobran. Además de que bueno, la disposición del médico es otra. En el parto natural no sabemos las horas que puede llegar a durar y en una cesárea programada se pueden meter tres cesáreas en un día y después ya se queda tranquilo, hay mucho de negocio, si te pones a*

pensar... (...) es como ir al supermercado, bueno, compraste? Listo, esta todo el producto terminado, nos vemos... Lo básico” (D2)

Teniendo en cuenta la profundidad del proceso, decidí indagar en cuáles son las **necesidades de una mujer luego de parir, según la mirada de las doulas**. Las respuestas obtenidas fueron que una mujer necesita:

- estar tranquila con su bebé, reconociéndose,
- alimentos y agua,
- apoyo con la lactancia.

A su vez, al preguntar cuáles creen que son las **necesidades de una mujer en el postparto**, lxs trabajadorxs sociales expresaron:

- la importancia de la compañía.
- la necesidad de estar tranquilxs, la mamá con su bebé, conociéndose. En relación a esto, los siguientes fragmentos ilustran un poco cuál es la realidad de un postparto en el Materno: *“ Necesita que la dejen tranquila. Recién salió y todxs le quieren hablar. (...) Todo eso que, coincidimos todos los días... No les importa. Es como que está la misión de verla como sea” (TS2)*

“te dicen, entró tanta gente que ya no sé ni con quien hablo” (TS1)

“No todos conocen la realidad de que una mamá que recién pare es vista por un millón de personas” (TS1)

“Desde todas las disciplinas algo se tiene en cuenta” (TS2)

“todo lo que está por Ley se tiene que cumplir” (TS1)

En este sentido, se observa lo mencionado anteriormente respecto a que *“los procesos de trabajo están centrados en lxs profesionales” (TS4)*, lo cual, sumado a la falta de comunicación y escucha, crean un clima que poco tiene que ver con la mamá y el/la recién nacidx.

Cuando se indagó en la **participación de lxs trabajadorxs sociales en el postparto**, desde lxs que trabajan en la Sala se expresó que se elaboraron planillas de “Referencia” y “Contrarreferencia” para tener un mayor seguimiento en el caso de las embarazadas menores de edad. Asimismo, se expresó también que en el resto de los casos se les pregunta acerca del parto, de la lactancia, recuperando la experiencia desde la Sala, donde continúan atendándose las mamás y lxs bebés.

Lxs profesionales del materno, hicieron hincapié en la importancia de dejar pasar un tiempo para ir a entrevistar a las mamás, y señalaron que a veces incluso deciden no pasar si no hay un criterio para ir a verlas, para no “molestarlas” ni bien parieron.

En este sentido, observo una posible línea de “intervención” profesional al confrontar las necesidades mencionadas por parte de lxs entrevistadxs y la intervención/no intervención en este momento, en vistas de cuidar a esa díada e intentar garantizar su derecho de intimidad, preservar su “hora sagrada”, cuidar ese momento fundante del vínculo.

Al indagar en el **rol de la doula en el postparto**, las respuestas fueron que depende el ámbito en el que se haya desarrollado el parto/nacimiento; *“Si es en una casa, en ese momento puedo ponerme a cocinar, a preparar algo rico para recuperar fuerzas, acomodar la casa, descansar. En una institución, es esperar en la sala de espera hasta que me permitan ingresar en la habitación y cuando ingrese estar con la mujer ver cómo está, cómo se siente.”* (D2)

Fundamentalmente este momento tiene que ver con brindar sostén en un momento de particular sensibilidad, acompañando el inicio de la lactancia y posteriormente realizar algunos encuentros de apoyo al puerperio, contener todos los cambios acontecidos.

Siguiendo con el Artículo 9, inciso 10, se expresa que es incumbencia profesional la Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:

a) *La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;*

c) *La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.*

11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

En este sentido, se visualiza la amplitud de campo de acción del trabajo social para investigar, identificar raíces de problemáticas sociales, y proponer estrategias al respecto. Nos invita a formar parte de este debate, a llevar el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia a las distintas instituciones, puesto que contribuye a la promoción y protección de los derechos así como al respeto a la diversidad y singularidad de cada mujer; a crear y dirigir Equipos de investigación de lo social, que no es ya una realidad subordinada a la técnica sino una urgencia a abordar; a trabajar en pos de estrategias de modificación de factores que reproducen problemáticas sociales tales como la intervención excesiva que se da en el área de los partos nacimientos lo cual conduce a un cada vez mayor índice de cesáreas y a la reproducción de la violencia obstétrica; a participar en el asesoramiento, el diseño y la implementación de las nuevas legislaciones de carácter social, observando como un factor clave en la humanización del nacimiento el debate sobre la nueva Ley 25.929, tanto con las mujeres embarazadas como hacia el interior de los Equipos de Salud.

Cuando se profundizó en la **concepción de “parto humanizado”**, entre las **doulas** se manifestó extrañeza en relación al concepto, *“si es atendido por humanos, cómo va a ser sino?”* (D2). D3 manifestó que “humanizarlo” tiene que ver con “mamificar el parto”; dejar de lado que somos humanos y aprender más de los animales.

En la misma línea, otra de las entrevistadas lo vinculó a que quienes acompañen el parto honren el instinto, respeten las leyes de la naturaleza, los

ritmos naturales y los movimientos orgánicos. Asimismo, que comprendan la fortaleza y sensibilidad propias del momento, respetando la voluntad y la necesidad de la mujer, que está pariendo.

“Que sea una fiesta de bienvenida y no un acto médico rutinario” (D3)

En cuanto a la **visión personal acerca de “parto humanizado”** lxs trabajadorxs sociales resaltaron los siguientes aspectos:

- que se respete a la mujer; lo que implica por un lado, *“que no haya maltrato”*. Frente a esto, se expresó: *“nosotras más no podemos hacer, la mirada médico hegemónica atraviesa todo. Hay mucha violencia”*. (TS2)

“Hay mucho prejuicio, se escucha decir: Podés ir vos a ver a esa pendeja de la Habitación x?” “Por favor necesito que a ella la veas vos porque no se bañó”... (TS1)

“te dicen “esta se va a ir con la mamá que tiene?”. Justamente. Es la mamá que tiene. “¿Qué vas a hacer vos con esa mamá? la vas a fortalecer, la vas a capacitar, la vas a tratar de educar o la vas a penalizar?” (TS4)

- que no esté invadida *“de un montón de desconocidos que le están dando órdenes de que hacer” (TS1)*
- que se la escuche, se respeten sus convicciones, tiempos y decisiones
- que se le expliquen los procedimientos
- que pueda estar acompañada
- que desde el Equipo de Salud se entienda que cada parto- nacimiento es único, y se agregó: *“Muchas veces he escuchado “y, si nacen un montón de chicos no es tan sencillo prestarle tanta atención a cada mujer en particular” y.. pero es hay que tratar de cambiarlo. No importa que nazcan 20 como en el materno, 5, o 1. Tendría que ser una prioridad del sistema de salud poder generar más profesionales, más espacios físicos, se tiene que poder hacer. He visto experiencias, sé que se puede.” (TS6)*

En relación al **debate institucional sobre la humanización de los partos-nacimientos**, surgió una dualidad en torno a “cultura institucional vs postura individual”. En este sentido, se afirmó que:

- no hay una línea institucional al respecto; unx de lxs trabajadorxs sociales expresó: *“sabemos que existe la Ley pero no es que hubo... esta es una gran falla también desde las autoridades de salud: si hay una Ley hay que capacitar a los profesionales, hacer Ateneos, encuentros y plantear que los centros de salud tienen que andar en la línea de esta Ley”* (TS6),
- cada profesional se maneja según su criterio,
- falta trabajar en equipo,
- se discute más entre lxs trabajadorxs sociales que con el resto de los profesionales.

TS6 expresó que *“desde la Sala no hay una postura, como no atendemos partos. Es de pasillo lo que hemos charlado, nada institucional”*.

Esto se contradice con que la misión del trabajo social en salud es la salud materno infantil; asumir que no hay que debatirlo porque ese fragmento del proceso corresponde a otro espacio físico implica desatender a esa mujer en cuanto ser humano íntegro en un proceso de especial fragilidad y necesidad de cuidado y contención.

En este sentido, unx de lxs entrevistadxs afirmó que

- existe una necesidad de trabajar la cultura institucional y la capacitación.

En relación a la **aplicación/o no de la Ley en nuestra ciudad**, las doulas manifestaron:

- Que prácticamente no se cumple, aunque se visualiza una lenta transformación,
- Que en las instituciones se realizan diversas intervenciones que no sólo no son necesarias sino que no contribuyen a un desarrollo fisiológico

natural del trabajo de parto y obstaculizan el espacio que necesita la mujer y su compañero para conectarse entre ellos y con su bebé.

- Que las transformaciones son parciales, vinculadas al libre movimiento o al acompañamiento pero no hay una verdadera aplicación integral desde un enfoque de derechos y de cuidado de ese momento.
- Que actualmente se está sujeto a la buena voluntad de lxs profesionales, lo cual por un lado contribuye al cambio institucional, pero no garantiza el derecho que la Ley enuncia.

Al profundizar con lxs profesionales de las instituciones que fueron entrevistadxs en relación a la **aplicación de la Ley 25.929** aparecieron distintos debates:

- que desde que se adhirió a Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el Hospital ha cambiado, y que el cambio se está dando de forma paulatina.

En relación a la **percepción de las dificultades**, se expresó:

- que las dificultades son de índole material (infraestructura/ recursos)
- que son de tipo simbólico (modo de ver el parto-información-actualización, decisión, protocolos estrictos)

Los siguientes fragmentos ilustran la complejidad de la cuestión y denotan una red de intereses, pujas de poder:

“Ahora entran las parejas en el Materno. Eso también fue una pelea bien bien fuerte del Servicio Social. El Hospital justificaba que no entraban los acompañantes porque no daba la infraestructura, entonces algunos colegas que estuvieron en el Hospital Pena en Bahía decían, “la infraestructura es la misma pero acá hay voluntad y allá no hay voluntad” entonces pusieron firme firme esa pelea y lograron que entren... La justificación era que no podía haber un varón acompañando y al lado otra mujer pariendo, pero realmente cuando hay voluntad con biombo lo resolviste” (TS4)

“En principio el problema era, bueno, no hay lugar. El espacio físico no da para que la mujer en el parto esté acompañada, imagínate que estamos atendiendo cuatro partos a la vez.. era mucho del lugar, “no podemos por el espacio físico”. Bueno después también vino la reforma del hospital. el hospital ahora tiene un centro obstétrico que es alucinante, es el mejor de la ciudad. Y sin embargo, tampoco se ha avanzado ¿viste?” (TS4)

Desde lo material, aparece el factor tiempo y la cantidad de trabajo como factor que dificulta el cumplimiento de la Ley: *“la vorágine del trabajo hace que a veces nos olvidemos de generar espacios de debate, se nos pasa” (TS6)*

Respecto a lo simbólico, TS6 manifestó que *“el obstáculo principal es no ver el parto de este modo; naturalizar el parto desde los profesionales de la salud. Tener un protocolo tan estricto que haga que todos los partos sean iguales.”;* acerca de la **utilidad de los “protocolos”** surgió una dualidad al respecto:

- que los protocolos demasiado estrictos pierden de vista a la mujer,
- que los protocolos sirven para ir más allá de las voluntades individuales, y exceder a las personas.

En este sentido, se concluye que *“es necesario tener en cuenta a la mujer en sí misma” (TS2)* a partir de un protocolo que permita ir más allá de las voluntades particulares.

En línea con esto, una doula entrevistada manifestó: *“Claro que hay momentos determinados y situaciones puntuales donde la intervención es absolutamente necesaria y bienvenida que esté. Pero la idea sería que sólo se use en esos casos en los que son necesarios no en TODOS como si todos y todas fuéramos iguales”. (D3)*

En este sentido, observo que si estamos hablando de hasta 60% de cesáreas (según el sector), el protocolo no estaría a la medida de las mujeres y de lo “normal”; hace falta repensarlos a la luz de las estadísticas que están arrojando y desarrollar otras prácticas que permitan que las cifras se acerquen a lo que la OMS está sugiriendo que es un porcentaje de cesáreas de máximo el 15%.

Maslow entiende a la vida como un proceso dinámico y cambiante, y en su capítulo “Estereotipos y cognición verdadera” resalta que lo verdaderamente

importante es atender primero a una experiencia nueva en cuanto tal, verla claramente y en detalle, mejor que dedicarse a clasificar inmediatamente las experiencias nuevas. Y afirma; "*mientras que alguna forma de estabilidad es útil y necesaria, demasiadas categorizaciones abocan a la rigidez y a una falta de consciencia del presente; los nuevo problemas no son reconocidos, o bien se resuelven con técnicas inadecuadas, viejas soluciones que no encajan*". (Maslow: 1954)

A su vez, tomando el Capítulo IV artículo 10 acerca de los Derechos profesionales, se detalla el **derecho** a:

"ejercer la profesión a nivel individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, en los ámbitos de salud";

"Negarse a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos";

"Capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales cuando ejerzan su profesión en relación de dependencia pública o privada, independientemente de la naturaleza del vínculo laboral-profesional incluyéndose aquí la obligatoriedad para la entidad empleadora, de asignar y/o autorizar hasta catorce (14) días por año destinados a la formación y actualización profesional, académica, de investigación y de sistematización de las prácticas profesionales";

Por último, **son obligaciones profesionales**, según el artículo 11, Capítulo V: *"Desempeñar la profesión con compromiso, competencia y actualización profesional, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática"*.

En este sentido, ejercer la profesión con compromiso con los derechos humanos es nuestro derecho y nuestra obligación. Y si de Derechos se trata, y de de-construir nuestras mentalidades coloniales en materia de mapaternidades y partos-nacimientos, no podía dejar de profundizar en el rol del papá en este proceso.

Con respecto a la **participación del varón en el proceso de gestación** (y de mapaternidad desde lo institucional y la propuesta desde lxs profesionales) se encontró:

- que los horarios únicamente de mañana excluyen al varón de participar de distintas instancias vitales tales como los “controles de embarazo”, mejor delineado en los testimonios que cito a continuación:

“Es difícil incluir al varón, todxs atienden a la mujer. Ese es un trabajo de lxs trabajadorxs sociales que rompemos con eso. El varón queda afuera de la crianza, después cuestionamos eso”. (TS5)

“(…) en la Neo que es donde laburo yo, sigue existiendo la visión de que la mamá tiene que ser la de los cuidados.” (TS4)

“(…) son muy pocos los papás que acuden a la institución, hay como una matriz bastante tradicional en relación a la atención de la salud”. (TS6)

No aclara a qué lo atribuye pero se refuerza la situación de

- que *“depende de la voluntad del médico de control del embarazo incluir al papá”.* (TS5)

Se observa una transición en el rol del papá; debates que emergen sutilmente en torno a los derechos de ese papá que trabaja y la posibilidad/necesidad de mamá/papá de vincularse con ese bebé y entre sí en ese contexto-situación íntima y profunda de la que lxs profesionales formamos parte y reproducimos o podemos contribuir a modificar. Ni es la institución la que genera tal “feminización de la crianza”, ni las familias están exentas de la propuesta institucional; ambas partes se ven atravesadas por la mentalidad colonial/patriarcal y a su vez, ambas se transforman en el vínculo.

Por otro lado, unx de lxs entrevistadxs expresa

- que el vínculo con el papá es algo que corresponde al servicio social, dando a entender que no se aborda desde otros espacios/ disciplinas: *“Y no, yo debería ser quien tome el vínculo con el papá. Yo tengo que tratar que las entrevistas, si las veo desde antes, de que el padre la acompañe... Pero por lo general la gran mayoría de las veces o está trabajando, viene sola, o la acompaña la cuñada...”.* (TS3) Se observa

un espacio vacío en este vínculo, una hoja en blanco por ser escrita. De ningún modo corresponde a una disciplina.

Otrxs dos entrevistadxs, resaltaron

- que el papá participa de la entrevista que realizan desde el servicio social; cito a continuación los testimonios que dan cuenta de la página en blanco que mencionaba: *“Porque antes bueno, no teníamos contacto, ahora como se está permitiendo, posibilitando que también estén ellos en el momento en que nosotras pasamos, podemos hacer en conjunto... O si hay también alguna abuela...”* (TS2); por un lado, se observa la valoración de la participación de personas cercanas a la mujer, mas colocando en el mismo lugar al padre que a la abuela, lo cual creo contribuye a feminizar la crianza, aspecto que es necesario desnaturalizar, de-construir, resignificar. Asimismo, de la cita se desprende que la participación de los papás no es una conquista del Servicio Social sino que *“como se está permitiendo, lo hacemos.”* Me surge el interrogante acerca desde dónde/quién lo permite. El siguiente testimonio contribuye a visibilizar esta situación: *“Por lo general cuando viene la madre a hablar por el egreso hospitalario si está el padre lo hacemos pasar. Cuando entrevistamos a la madre, si la pareja está al lado también se lo entrevista a él, es una entrevista conjunta no es que lo hacemos salir”* (TS1)

Asimismo, en torno al vínculo con el papá, en las entrevistas a profesionales del Materno aparece la dificultad de incluirlo y se expresa que existen diferentes maneras de concebir al interior del Hospital **la presencia del papá en el momento del parto:**

- se lo percibe como un obstáculo, una molestia: *“Es más facil que no esté el padre mirándote... Por lo menos para el que interviene sobre los cuerpos, no? Nosotros por ahí lo hacemos más sobre lo simbólico si se quiere... Y bueno, genera esa disputa de, perder campo y decir bueno, ya está, qué se yo, te va a mirar, ¿y si en vez de tomar al tipo como un obstáculo lo tomás como alguien que te va a ayudar y te va a aliviar a vos el trabajo...?”* (TS4)

- se lo vincula con un derecho, algo necesario a ser construido conjuntamente con las familias: *“Maternidad Segura y Centrada en la Familia, ahí está escrito y fundamentado todo, no es que yo soy copado y hago pasar al papá. No, lo hacés pasar porque está comprobado que... tales cosas”* (TS4); y en este sentido, enfatiza la necesidad de educar en lo que al rol del acompañante refiere: *“necesitás una capacitación del otro para entender qué es lo que va a hacer a ese lugar... Y también del personal, viste? tienen que entender que es un Derecho.”*

Por su parte, **las doulas expresaron, en relación al rol del papá:**

- que con él también es fundamental generar un vínculo de confianza.
- que tiene un rol trascendental en este momento y que su acompañamiento y su presencia marcan una diferencia para la mujer y el bebé,
- que muchas veces también precisan ser asistidos por la doula, *“a veces los asisto para que puedan sentir un poco mas las necesidades de la mujer. Otras para ayudarlos a controlar la ansiedad, muchas veces les doy tareas concretas que ayudan un montón; siempre en pos de que la madre pueda realmente entregarse al trabajo. Si la pareja esta bien, esta unida, la doula prácticamente no interviene casi nada. Es un trabajo de ellos. Sólo está conteniendo por fuera. y otras veces hace falta un rol más activo cuando por ahí la energía no esta tan armonizada, o cuando por ahí el papá tiene miedo, y se los transmite a la mujer... es variable.”* (D1)

Por otra parte, al indagar en el **vínculo entre la mujer y la institución durante el puerperio**, en lo que respecta al Materno se expresó que no hay vínculo, salvo casos puntuales.

Lxs profesionales de las salas manifestaron:

- Que en caso de no haber dificultades, luego del parto la mamá vuelve a la Sala al Control de Puerperio y del/la bebé, los cuales son llevados a cabo por el/la obstétrica y el/la médicox generalista. Es decir, a nivel general, la mujer puérpera tiene vínculo desde lo clínico con la Sala,
- En caso de identificarse algún problema (sociofamiliar, socioeconómico, habitacional, ambiental, violencia de género, alguna situación puntual en el contexto, en lo anímico) se la sigue acompañando desde el servicio social. Se mencionó en las dos entrevistas realizadas a profesionales de salas el valioso recurso de indagar en la “red”, en relación a la necesidad de acompañamiento y sostén a la mujer en situación de maternaje.

Con respecto a la **participación de la doula durante el puerperio**, manifestaron:

- Estar a plena disposición: *"en la medida que ellos lo necesiten ya que también es un momento donde la nueva familia necesita y requiere intimidad y espacio para ellos. (...) Muchas mamás sienten la necesidad de querer contar lo que están sintiendo, viviendo y ahí estamos disponibles."* (D2)
- que es un momento de mucho movimiento desde lo emocional, y la doula está ahí para recordar, para ayudar, *"los primeros días del bebé son muy intensos, y muchas mamás no tienen tiempo ni para bañarse, la doula puede estar ayudando a tener un ratito al bebé, que aproveche a bañarse, o que duerma una siesta, ocuparse de las cosas de la casa"...* (D3)

Cuando se preguntó a trabajadorxs sociales acerca del **conocimiento de lo que son las Doulas**, aparecieron distintas ideas, sólo una de las entrevistadas la identificó como *"una mujer que está formada para acompañar emocional y espiritualmente el proceso del embarazo... algunas acompañan el momento del parto"*. (TS6)

En relación al resto de lxs entrevistadxs, se observó confusión en torno a la formación doula, y a si son madres o parteras. Confusión asociada a que:

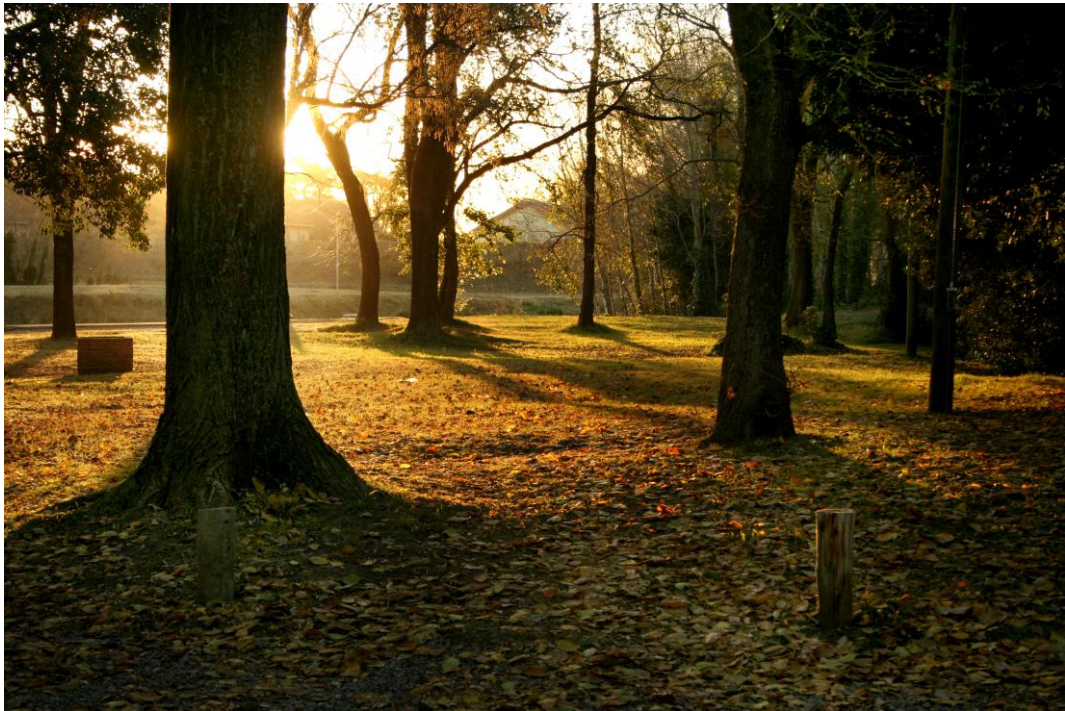
- son mujeres que acompañan en partos domiciliarios,
- son mujeres que trabajan para el sector privado. *“Porque si le pagan para que haga ese trabajo... No va a venir al sector público, a no ser que lo hagan en forma voluntaria”* (TS3).

Se observa en dicho extracto una subvaloración/ desconocimiento de la contención afectiva que el embarazo/la maternidad requiere; esto se refleja también en el siguiente fragmento, perteneciente a otra entrevistada: *“acá no hemos tenido no, lo que pasa que no sé si se lo avalaría, bueno, sí, tal vez desde permitir que se posibilite que pase el que quiera o de acompañarla quien quiera sí”* (TS1)

La entrevistada que demuestra tener mayor información sobre qué son las doulas, afirma: *“Sería genial que hubiera Doulas en los centros de salud. Todavía nos falta desde el Equipo de Salud trabajar mucho en relación al acompañamiento de la mujer. Viste como existen los Promotores Comunitarios? es una persona que se forma en cuidados y promoción de la salud, un miembro de la comunidad que tiene mayor llegada a lxs vecinxs. La doula sería alguien que trabajando codo a codo con el equipo de salud podría tener una llegada mucho mayor a las mujeres gestantes de esa comunidad y que se atienden sus embarazos en el centro de salud. Estaría buenísimo que la doula fuera un miembro del centro de salud en la atención del embarazo... Y que se hiciera mucho más conocida, en la mayoría de los CAPS no saben lo que es una doula.”* (TS6)

En algunos países de Europa, la labor de las doulas está incluida como un servicio complementario a enfermería obstétrica, sin irrespetar el perfil de esta que únicamente consiste en acompañamiento y apoyo, sin caer en intervenciones propias de enfermería obstétrica. En la actualidad el papel de la Doula no ha sido ampliamente adoptado en la atención obstétrica debido a la falta de comprensión de su papel, lo cual puede relacionarse con el desconocimiento de su desempeño. (Ballen y Fulcher, 2006: 304).

CONCLUSIONES



El objetivo general de esta tesis de grado fue indagar acerca de las prácticas y discursos de las doulas y de lxs trabajadorxs sociales en relación al parto-nacimiento humanizado en nuestra ciudad. Para el cumplimiento de esta tarea he trabajado en la lectura atenta de diversos aportes teóricos vinculados al campo de la salud, el Trabajo Social, y la maternidad. Esta tarea conceptual se enlazó con el análisis de diversos documentos, y con el rico trabajo de campo que implicó interpretar hallazgos de entrevistas a trabajadorxs sociales (que intervienen en procesos de embarazo/ parto/ nacimiento/ primeros años en el nivel primario de salud y en el hospital) y a doulas que acompañan partos nacimientos también en esta ciudad. Así en los diversos capítulos fui abordando la tarea de dar cumplimiento a diversos objetivos particulares de este estudio como fueron el identificar las incumbencias profesionales de lxs trabajadorxs sociales del campo Salud en relación a los procesos de parto - nacimiento y los derechos y necesidades de las mujeres en este proceso desde una mirada genealógica del Trabajo Social, y caracterizar el ejercicio de la práctica de una doula, reconocer el mapa de relaciones de poder que se establece entre el saber- ser- conocer de trabajadorxs sociales, doulas, mujeres madres y sistema de salud. En ese marco me propuse profundizar sobre el vínculo entre doulas y trabajadorxs sociales y lugares de encuentro y desencuentro entre ambas prácticas

De esta manera, a partir de indagar acerca de las prácticas y discursos de las doulas y de lxs trabajadorxs sociales vinculadxs al parto- nacimiento busqué acercarme a la trama simbólica que subyace a estas dos prácticas en relación con este momento puntual de la vida de la mapaternidad.

En relación con la práctica doula, esta valida y da espacio- tiempo a miradas otras, vivencias, subjetividades varias, lo cual es parte de la propuesta de la Sociología de las Emergencias. Implica una alternativa a la monocultura del saber, desafiando la posesión del “saber”. A su vez, también presenta una alternativa al tiempo lineal, asumiendo que los ritmos de la naturaleza y de cada mujer con su propio universo de sentidos son perfectos y singulares, de ningún modo universalizantes. Asimismo, observo que va mas allá de divisiones/ clasificaciones sociales, focaliza su mirada atenta en la maternidad, en guardianar ese proceso en donde cada uno ocupa su rol de manera, a mi modo de ver, ordenada; hay quienes son protagonistas del proceso, la mamá y

el/la bebé en primer lugar, y luego la familia nuclear. Están quienes velan por el natural desarrollo del proceso y que están capacitadxs para intervenir si surge alguna complicación.

El foco puesto en la mujer madre que trae el rol de la doula me resulta subversivo, del latín subvertor: trastocar, dar vuelta, concepto que hace alusión a un proceso por el que los valores y principios de un sistema establecido, se invierten. Es un cambio de foco, de mirada. Es, el parto nacimiento, una parte del todo, siendo el todo el vínculo del ser humano con la naturaleza y consigo mismo; el ser humano se ha colocado en el centro, subestimando y manipulando la sabiduría de la misma, llegando a lugares artificiales, nocivos, destructivos por ignorancia o afán de lucro.

Considero que dar lugar y voz a estas experiencias es parte de “cuidar el futuro”, ya que apunta a ampliar los saberes, identificando lxs agentes existentes y las tendencias de futuro aumentando así la probabilidad de esperanza, a partir de certezas que están sucediendo en lo pequeño, que asumo conducen a un cambio de racionalidad y al equilibrio entre razón, instinto y emoción que a gritos estamos pidiendo y/o necesitando.

Por otra parte, observo el momento particular complejo que atraviesa esta práctica en cuanto se evidencian distintas redes/agrupaciones que actúan de modo no coordinado o incluso avanzan en direcciones opuestas. La tensión de “pertenecer” o no al sistema oficial genera conflictos no sólo porque lxs profesionales de la salud se ven interpelados/observadxs/invadidxs por este rol ajeno a su lógica, sino también porque los modos de acreditar que cada doula puede efectivamente acompañar son diversos y genera confusión.

Otra limitación o desafío de esta práctica es que necesariamente se vincula con otras; quienes acompañan el proceso desde lo fisiológico, lo cual la limita respecto al dónde/con quién acompañar quedando en muchos casos sujeto a voluntades personales de lxs profesionales que respetan la voluntad de la mamá- familia por parir.

Retomando desarrollos de los capítulos previos, se encuentra aun sin saldar la discusión en torno al intercambio (remuneración) y la posibilidad de acceso de las mujeres de los sectores populares a este tipo de acompañamiento.

En relación al Trabajo Social, considero que como género tenemos una tarea común vinculada a la decisión sobre el cuerpo de las mujeres, informadas, a decidir por lo que creen/creemos mejor para nuestrxs hijxs. Asimismo, la deconstrucción de la actual forma de entender la maternidad/paternidad, los partos nacimientos, es un proceso donde cada mujer, según su hábitus, según la posición que ocupe en el campo podrá dar su pequeña disputa en el ámbito donde esté, y es misión de nuestra profesión acompañar este proceso de empoderamiento del género con acciones puntuales que permitan seguir instalando estos temas que nos urgen en la agenda política. Es la maternidad un proceso que nos atraviesa y transforma; tenemos el desafío como profesión de mirar a este acontecimiento sensible y fundante e interpelarlo, interpelarnos. El acto de maternar nos encuentra a todas las mujeres madres en un mismo lugar, empleando distintas estrategias según los modos de vida, las elecciones; ninguna más válida que otra, experiencias todas dignas de ser compartidas en círculos de mujeres, para sopesar, ponderar como género nuestros encuentros y desencuentros con nosotras mismas, y entre todas re-tejer nuevos modos de transitar la maternidad, la crianza, nuestros trabajos de parto...

Asimismo, en materia de derechos hay mucho por guardianar; lxs entrevistadxs expresaron su voluntad de no querer molestar a la mujer recién parida, puesto que es vista por un sinnúmero de profesionales; mas insisto en que la presencia/participación de alguien con un enfoque adecuado puede llegar a ser muy útil en estos momentos donde pareciera haber en muchos casos en el parto institucionalizado idiomas diferentes: el del Equipo de Salud, y el de la mujer-bebé-familia. En principio, y en el principio de la vida y del renacer familia, la "hora sagrada" de piel con piel de la mamá y el bebé es fuente de múltiples beneficios para ambxs a corto y a largo plazo. *"La primera impresión fuera del útero materno, la recepción del recién nacido inmediatamente después del nacimiento, pueden impregnar la percepción de la vida como difícil o fácil, hostil o segura, dolorosa o confortable, aterradora o tranquila, fría y en soledad o cálida y de bienvenida. La manera en la que un bebé es recibido al llegar al mundo extrauterino, los eventos que rodean el nacimiento, tienen la potencialidad de programar un patrón de conductas que persistirían toda la vida."* Esta y otras consideraciones son explicitadas por Constanca Soto Conti

(2014). Asimismo el/la trabajadorx social ocupa un lugar privilegiado en materia de diálogo, comunicación empática y confianza con la familia. El Plan de parto, es una herramienta valiosa que permite establecer con anticipación la voluntad de la mujer madre/familia; el mismo está encuadrado en el cumplimiento de la Ley 25.929 y contribuye a que la misma se efectivice en aspectos concretos previamente dialogados con la institución/el/la profesional.

Por último, otro aspecto que busqué conocer con esta investigación tuvo que ver con el encuentro/desencuentro entre doulas y trabajadorxs sociales; ¿qué aportes, qué sinergias, qué vinculaciones pueden pensarse y hacerse entre estas dos prácticas sociales? Cuál es su posibilidad de complementarse, cuáles sus diferencias más significativas, sus potenciales líneas de acción.

Observo que para trabajadorxs sociales es valioso observar las prácticas de las doulas, como modo de reencontrar aspectos singulares y propios que nos permitan acercarnos a/la otrx desde lo emocional, lo afectivo y lo profundo.

“Y si se necesita más personal, pedilo” (TS4) expresó uno de lxs trabajadorxs sociales entrevistados, y esto me lleva a que esa vorágine no contribuye a profundizar, y que esa naturalización de las condiciones violentas de trabajo nos deshumanizan, porque no estamos siendo vistos en toda nuestra integridad, y en esa alienación, también enajenamos a un/a otrx.

Tenemos un campo privilegiado de acción, una cercanía vincular con el/la otrx que nos abre a infinidad de intervenciones muy necesarias.

La situación que se vive en torno al uso/ abuso de los protocolos nos propone también una revisión en cuanto a los modos de interactuar con lo vivo; no podemos responder siempre de la misma manera (menos si son mujeres diferentes en procesos tan particulares), sino atentxs a lo que ese presente propone. Esta noción de “tratar lo diferente como diferente” (Richmond, 2001) que desde el inicio de nuestra profesión fue parte constitutiva de nuestros principios disciplinares, desde cualquiera de los enfoques que en Trabajo Social existen, encuentra en el proceso de parto-nacimiento una significación especial, y hace de nuestro oficio un espacio-tiempo privilegiado para la escucha y para intervenciones activas, respetuosas y atentas a las necesidades y sobre todo a los derechos de esas madres, esos niñxs, esas familias.

Respecto de las diferencias del oficio de las doulas y lxs trabajadorxs sociales, se podrían tomar diversos aspectos. En principio, el trabajo social es una profesión pero también una disciplina de las ciencias sociales. Nuestra formación es más extensa, nuestras responsabilidades están reguladas por el Estado, nuestras incumbencias alcanzan muchas otras áreas. De ninguna manera esto implica desmerecer ésta u otras prácticas. Pero en principio no son comparables fácilmente en tanto se inscriben como prácticas sociales en registros diferentes. Si nos circunscribimos a las prácticas de estos dos oficios en términos de encuadres veo que el trabajo social se materializa en un contexto de formalidad que no se observa en la práctica de las doulas. La institucionalidad aporta al Trabajo Social, por un lado una lógica de derechos desde donde acompañar. A la vez posee ciertas dinámicas poco amables para con el/la trabajadorx. La vorágine, la fragmentación de los procesos de trabajo, la dificultad de trabajar de modo interdisciplinario, de reflexionar sobre la propia práctica, el sufrimiento adicional a la propia práctica del que habla Acevedo, entre otras cosas. En este marco repensar estrategias para el cuidado de nuestro colectivo profesional e instituir formas otras de habitar las instituciones resulta imprescindible.

La práctica de las Doulas, se encuentra en este momento sino inserto en instituciones puntuales en algunos casos de modo voluntario, a modo general bajo la órbita del mercado, al no estar reglamentado, avalado por las instituciones oficiales. Esto les da, cierta informalidad/irregularidad para plasmar su práctica a la vez que cierta libertad que las Doulas comparten como acorde, cómoda, al acompañar la cantidad de mujeres que cada una siente que puede abarcar. Distintas tensiones para seguir repensando.

Por su parte, la Ley Federal de Trabajo Social abre el campo y hecha luz sobre nuestra capacidad para guiar procesos. Sobre nuestra obligación de proteger derechos. Al regular, contener la práctica, establece los alcances, los límites, siendo estos proveedores de una gran libertad de acción.

La misma nos habilita/insta a producir conocimiento en relación a la producción y reproducción de problemáticas sociales, a diseñar e implementar legislaciones de carácter social, integrar foros y consejos en pos de la promoción y protección de derechos, evaluar políticas públicas, programas y

proyectos sociales. Respecto a esto último, conocer el posicionamiento del Hospital Materno Infantil en relación al Programa MSCF y realizar un análisis pormenorizado de esta realidad, también nos compete y sería de mucha utilidad para los necesarios debates en pos de la real aplicación de la Ley N°25.929.

Para terminar, es el nacimiento la base sobre la cual comienza a cimentarse una sociedad. En palabras de Michel Odent: *"para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer"*, entendiéndolo como un momento clave para comenzar a transformar las relaciones bélicas de las que nos habla Carballada.

Entiendo e intuyo, que esto es salud; reflexionar de manera colectiva e interdisciplinariamente acerca de lo que sentimos; qué miedos transitamos en nuestras prácticas, qué alegrías, qué angustias. Seguramente, a partir de escucharnos encontremos pistas que nos guíen hacia prácticas más humanas, amables con nosotrxs mismxs y con lxs demás, entendiendo a la necesidad como motor de cambio, y a la reflexión como la posibilidad de revisar, elegir, redireccionar, mejorar.

ANEXO

Codifiqué a lxs entrevistadxs con la sigla TS o D de acuerdo a si eran Trabajadorxs Sociales o Doulas, y le coloqué un número acorde al orden de entrevista realizada.

TS1: 47 años, mujer, Trabajadora Social
TS2: 28 años, mujer, Trabajadora Social.
TS3: 42 años, mujer, Trabajadora Social.
TS4: 46 años, varón, Trabajador Social.
TS5: 45 años, mujer, Trabajadora Social.
TS6: 42 años, mujer, Trabajadora Social.

D1: 37 años, mujer, Doula.
D2: 40 años, mujer, Doula.
D3: 42 años, mujer, Doula.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A TRABAJADORXS SOCIALES

- Nombre:
- Edad:
- ¿Contame cuál es tu tarea en el Hospital como Trabajador/a Social?
- ¿Desde cuándo estás en funciones?
- ¿Hace cuánto estás vinculado/a a los partos nacimientos?
- En tu formación, qué espacios de reflexión has tenido (si es que estuvieron) sobre cuestiones relacionadas al género, la maternidad, el cuerpo femenino, la sexualidad?
- En el Hospital, ¿hay instancias de reflexión relacionado a estos temas?
- Tenés formación específica en relación a la maternidad, el género, el parto-nacimiento humanizado?

Las siguientes preguntas, apuntan a conocer cuál es tu intervención en los distintos momentos del parto-nacimiento;

- En el proceso de gestación
- ¿Cuál es tu intervención?, si es que existe.

- ¿Cómo es tu vínculo con las embarazadas?
 - ¿Con cuántas mujeres embarazadas te vinculás por día?
 - ¿Estás conforme con el vínculo, te gustaría cambiar algo?
-
- ¿Cuales son, según tu visión, las necesidades de una mujer embarazada que viene al Hospital?
 - ¿Qué brinda el Hospital a la mujer embarazada y qué necesidades de la mujer creés que no encuentran respuesta en lo institucional?
-
- En el trabajo de parto
 - ¿Cuál es tu participación?, si es que hay.
 - ¿Qué entendés por “parto humanizado”?
 - ¿Qué postura tiene el Hospital con respecto al Parto humanizado y cómo se da en la institución la aplicación de la nueva Ley 25.929?
 - ¿Sabés si la institución tiene algún protocolo para proceder en trabajos de parto?
 - (En caso de responder que sí...) ¿cómo es? ¿Qué opinión tenés al respecto?
 - ¿Cuál es tu vínculo con la mamá en este momento?
 - ¿Cuántas veces ves a una mujer, entre el embarazo, el trabajo de parto y luego de parir?
 - ¿Y con el papá, hay algún actor que tome este vínculo desde la institución?
 - ¿Estás conforme con tu accionar durante esta etapa, creés que podrías hacer otras cosas?
 - ¿Cuáles son, según tu mirada, las necesidades de una mujer en trabajo de parto?
 - ¿Cuáles son los aspectos de la Ley que considerás más relevantes?

- En el parto y postparto inmediato
- ¿Cuáles son las necesidades, para vos, de una mujer que acaba de parir?
- ¿Qué aspectos se tienen en cuenta en relación a la mujer que está pariendo, y luego de parir?
- ¿Cuál es tu participación en este momento?

- Durante el puerperio
- ¿Qué vínculo hay, entre la mamá y la institución durante el puerperio?

- ¿Creés que la nueva Ley Federal de Trabajo Social impacta de algún modo en la intervención del trabajador social que se vincula con los partos- nacimientos? Si creés que si, ¿De qué modo lo hace?
- ¿Sabés lo que son las Doulas?
- ¿Has tenido oportunidad de compartir algún proceso de gestación- embarazo- puerperio con alguna Doula?
- ¿Hay algo que quieras compartir, que aporte a este proceso, al parto humanizado, a esta investigación, desde tu experiencia?
- Muchas Gracias!

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A DOULAS

- Contame qué es una Doula...
- ¿Cómo se llega a ser Doula, cómo y qué se aprende, se obtiene certificación...?
- ¿Cuáles son las características de la práctica de una Doula?
- Actualmente, ¿Dónde te desempeñás y cuál es tu tarea?

- ¿En qué lugar se da el ejercicio de la Doula?
- ¿A quiénes está destinado el servicio de las Doulas? (para derribar mitos en lo referente al parto en hogar)
- Aproximadamente, ¿con cuántas mujeres- madres trabajás por día/semana/mes? (relación calidad de atención- calidad de vida del profesional)
- Las siguientes preguntas, apuntan a conocer cuál es tu intervención en los distintos momentos del parto-nacimiento;
- En el proceso de gestación
 - ¿Cuál es tu intervención?
 - ¿Cómo es tu vínculo con las embarazadas?
 - ¿Estás conforme con el vínculo, te gustaría cambiar algo?
 - ¿Cuales son, según tu visión, las necesidades de una mujer embarazada?
 - ¿Desde tu mirada, qué brinda la institución a la mujer embarazada y qué necesidades de la mujer creés que no encuentran respuesta en lo institucional?
- En el trabajo de parto
 - ¿Cuál es tu participación?
 - ¿Cuál es tu vínculo con la mamá en este momento?
 - ¿Y con el papá, establecés algún tipo de vínculo?
 - ¿Estás conforme con tu accionar, creés que podrías hacer otras cosas?
 - ¿Qué entendés por parto humanizado?
 - ¿Sabés cómo se da la aplicación de la nueva Ley 25.929 en las instituciones?
 - ¿Sabés si las instituciones tiene algún protocolo para proceder en trabajos de parto?

- (En caso de responder que sí...) ¿sabés cómo son? ¿Qué opinión tenés al respecto?
- ¿Cuáles son los aspectos de la Ley que considerarás más relevantes?
- ¿Cuáles son, según tu mirada, las necesidades de una mujer en trabajo de parto?
-
- En el parto y postparto inmediato
- ¿Cuáles son las necesidades, para vos, de una mujer que acaba de parir?
- ¿Cuál es tu participación en este momento?
- ¿Qué aspectos tenés en cuenta en relación a la mujer que está pariendo, y luego de parir?
- ¿Qué aspectos observás que atiende la institución en este momento, en relación a la mamá y al bebé?
- Durante el puerperio
- ¿Qué vínculo tenés con la mamá, el bebé y el papá?
- ¿Cuál es tu vínculo con el sistema de salud en Mar del Plata?
- ¿Has acompañado trabajos de parto, partos en institución?
- (En caso de responder que “sí”) ¿Cuáles fueron las características de ese trabajo?
- ¿Conocés alguna institución que tenga una manera de ver los procesos de partos- nacimiento más acorde a tu visión de los mismos?
- ¿Has tenido oportunidad de compartir algún proceso de gestación- embarazo- puerperio con algún trabajador social?
- (En caso de responder que “sí”) ¿Cuáles fueron las características de ese trabajo conjunto?
- ¿Con qué otros oficios/ profesiones te vinculás como Doula?

- ¿Existen asociaciones, grupos que nucleen a las Doulas?
- ¿Hay algo que quieras compartir, que aporte a este proceso, al parto humanizado, a esta investigación, desde tu experiencia?

Muchas Gracias!

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo María José, *El trabajo social frente a la "organización prescindente"* en Jornada de Debate: El rol del Trabajo Social en el Escenario Actual, 1997. Desafíos y posibilidades, Carrera de Trabajo Social, U.B.A.
- Ageitos, M. Luisa y Laplacette, G, *Vivir Con VIH/SIDA. Una investigación testimonial sobre los niños, la información y los silencios, la discriminación y la pobreza.* UNICEF, oficina de Argentina, Buenos Aires, 2004.
- Almendro M, *Psicología y psicoterapia transpersonal*, Ed. Kairós, 1994.
- Alonso L, *La entrevista en profundidad*, 1998.
- Arguedas Ramírez, Gabriela *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 145-169 Universidad de Costa Rica San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.
- Bacon F, *Del progreso y el fomento de los conocimientos y la nueva atlántida.*
- Ballen LE y Fulchner A, *Enfermeras y doulas: funciones complementarias para proporcionar una atención de maternidad óptima*, *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006.
- Barrera Sánchez, Oscar, *EL CUERPO EN MARX, BOURDIEU Y FOUCAULT*, Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. VI, núm. 11, enero junio, 2011, pp. 121-137, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México.
- Bellón Sanchez S, *La violencia osbtétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*, *Dilemata Revista Internacional de ética aplicada*, N° 18, 2015.
- Belmartino S, *Modelo Médico hegemónico*, Ponencia en las Jornadas de APS (1987-1993) - CONAMER - A.R.H.N.R.G disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>, consultado el 26 de mayo de 2018.
- Berasaluze Correa, A, *El devenir del Trabajo Social en clave de género*, *Revista Zerbitzuan*, España, 2009, p 132.
- Blázquez Rodríguez María Isabel, *APROXIMACIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN*, AIBR. Ed.ELECTRÓNICA, N° 42, Madrid, Julio-agosto 2005.200
- Boaventura de Sousa Santos, *Descolonizar el saber, reinventar el poder*, Ediciones Trilce, 2010.
- Boff L, *Ecología: Grito de la tierra, grito de los pobres*, Ed Trotta, Madrid, 1996.

- Burgos JM, Antropología: una guía para la existencia, Ediciones Palabra, Madrid, 2003.
- Canevari C, Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, 2011.
- Carballeda A, Del orden de los cuerpos a la fragmentación de la sociedad, p 219, San Pablo, 2005.
- Carballeda A, La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto, Revista Margen, Edición N° 42 - invierno 2006.
- Castrillo B, Análisis de la atención médica de embarazos y partos : aportes conceptuales en II Jornadas de Género y Diversidad Sexual, La Plata, Argentina, 2016.
- Cazzaniga S, Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud, Revista Margen, Edición Nro27, 2002, disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
- Collins Patricia Hill, Black Feminist Thought. Boston: Unwin Hyman,1997.
- Davis-Floyd, Robbie, The rituals of American Hospital Birth, 1994. En: Conformity and conflict: readings in Cultural Anthropology. Harper Collins: New York. David McCurdy.
- Davis-Floyd, Robbie, The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth, 2001. En: Revista International Journal Gynaecology Obstetrical; No 75 Sup 1, pp. 5-23. Disponible a 7 de junio de 2004 en http://www.davis-floyd.com/art_index.html.
- Declaración de Fortaleza 1985.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas de 1994.
- De Sousa Minayos, El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Novena Edición Revisada y ampliada, 2005. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/33023708>
- Descartes R, Discursos del método, Alianza, Madrid, 1979, 117-118.
- Escobar Arturo, Sentipensar con la Tierra: Las Luchas Territoriales y la Dimensión Ontológica de las Epistemologías del Sur, Revista de Antropología Iberoamericana, Volumen 11 Número 1 Enero - Abril 2016.

- Ecuriet R y otrxs, La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Matronas Profesion, 2014. Disponible en: https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/AtencionPartoOCDE_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402 Consultado el 12 de junio de 2018.
- Fals Borda, O. 1984. Resistencia en el San Jorge: historia doble de la Costa - 3. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Felitti, Karina. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). História, Ciências, Saúde – Manguinhos Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129. Disponible a 5 de junio de 2018 en <http://www.redalyc.org/html/3861/386138058007/>
- Foucault M, Nietzsche, la genealogía y la historia, Ed. Pre-textos, p 148, 1988.
- Foucault M, Microfísica del Poder, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1993.
- Foucault M, Historia de la sexualidad, Vol 1"La voluntad de saber", Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, 2008.
- Foucault Michel, El nacimiento de la biopolítica, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2010.
- Garabedian M, El Estado Moderno: breve recorrido por su desarrollo teórico, 2015.
- García Fernández, De la palabra a la carne, cuerpo femenino y maternidad, I Jornada de género y diversidad sexual (GEDIS), La Plata, 2014.
- García García EM, La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista de la situación en España, Editor Universitat, 2015.
- Grof S, Psicología transpersonal, Ed. Kairós, 1985.
- Guía para el parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina 4ta. Edición - Noviembre 2010
- Gutiérrez A, Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu, Ferreyra Editor, 1995.
- Hermida María E, "Contribuciones desde una epistemología plebeya al Trabajo Social frente a la restauración neoliberal. RevIISE | Vol. 9, Núm. 9, Año 2017

pp. 127-145.

- Hermida María E, El Humanismo como obstáculo epistemológico del Trabajo Social, Revista Cátedra Paralela Nro 12, año 2015.
- Hernandez García Y, Acerca del género como categoría analítica en Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, España 2006.
- Iamamoto, Marilda, El Servicio Social en la contemporaneidad, Trabajo y formación profesional, Sao Paulo, Brasil, Cortez Editora, 2003.
- Illich, Ivan. Nemesi Médica. Planeta: Mexico, 1984.
- Irumberri A y Capotorto L, Doulas: compañía emocional como labor, I Jornadas de género y diversidad sexual (GEDIS), La Plata, 2014.
- Jodelet Denis, El estado actual de las representaciones sociales, Puebla Puebla, 2002.
- KENNEL, John H. MARSHALL H. Klaus, PHYLLIS H. Klaus, Mimando a la madre, como una doula puede ayudarte a tener un nacimiento más corto y sano, (Mothering the Mother, How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth), United States of America
- Kuhn T, La estructura de las revoluciones científicas, Fondo de Cultura Económica de España, S.L., 2006.
- Le Breton D, Antropología del cuerpo y modernidad, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.
- LEY FEDERAL DE TRABAJO SOCIAL 27.072
- Ley Nacional N° 25.929 “Ley de Parto Respetado”, 2015
- Ley Nacional N° 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual Procreación responsable”
- Ley Nacional N° 26.529 “Derechos del paciente”
- Ley Nacional N° 26.485 de “Prevención, sanción y erradicación de la violencia hacia la mujer”, 2009.
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” de Venezuela
- Lombana Basanta D, Sexualidad y poder en la obra de Michel Foucault, Tesis de Grado Filosofía, Universidad de Cartagena, 2014
- Magnone Alemán Natalia, Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica, Departamento de Trabajo Social-FCS (Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de

Ciencias Sociales, UdelaR,) Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

- Magnone Alemán N, Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian, Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, vol. 5, núm. 12, agosto-noviembre, 2013, pp. 79-92 Universidad Nacional de Córdoba Córdoba, Argentina
Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273229906007>
- Maldonado ME, Parto-nacimiento: genealogía de una apropiación, Córdoba, 2008. Disponible en <http://www.corporalogia.com/Doc/art10808.pdf>
- Marcus Adriana, Acerca de las vacunas: Adriana Marcus en conversaciones con el Grupo Salud! De la Cazona de Flores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Madreselva, 2015.
- Maslow Abraham, EL HOMBRE AUTORREALIZADO, Hacia una psicología del Ser, Editorial Kairós, Barcelona, 1972.
- Massó Guijarro E, Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial, Revista Dilemata, año 7, Nº 18, 2015, 185- 223.
- Mateazzi E y Russo P, Violencia obstétrica : naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto (Tesis de Grado Trabajo Social), Córdoba, 2016.
- Medina, G, Violencia Obstétrica, 2008. Disponible en: coebioteica.saludoazaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0670.pdf.
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_2/obligatoria/modelo_medico_hegemonico.pdf consultado el 26 de mayo de 2018.
- Ministerio de Salud de la Nación, Prensa, 29/10/16
- Morales Villena A, Género, mujeres, trabajo social y sección femenina. Historia de una profesión feminizada y con vocación feminista. Universidad de Granada, 2010.
- Morresi Z, La perspectiva de análisis foucaultiana: poder y genealogía. Ficha de Cátedra Asignatura: EPSS1, 2014.
- Naranjo C, La agonía del patriarcado, Cap VI, p 1, Editorial Kairos, 1993.

- Odent Michel, El bebé es un mamífero, Editorial Madreselva, Buenos Aires, 2011, p. 42.
- Parra Gustavo, Antimodernidad y Trabajo Social Reflexiones en torno a la génesis de la profesión, Editorial Espacio, 2002.
- Pautassi, L, El derecho de las mujeres a la salud. En: AA.VV, Informe sobre género y Derechos Humanos: vigencia de los derechos de las mujeres en Argentina. Buenos Aires, Biblos-Ela, 2005.
- Payan G Sandra Isabel, El pensamiento de la esperanzadora resistencia, Encuentro Internacional de Terapia Neural, México, 2000.
- Pecheny M, Derechos humanos y sexualidad, 1ra Edición, Buenos Aires: CEDES, 2007.
- Pozzio M, Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud. Buenos Aires: Antropofagia. 2013. Disponible en <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/751>
- Programa de acción desarrollado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994
- Pugin E y Kopplin E, Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto, Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 2008.
- Quizhpe A y Monsalvo J, Salud: Libertad Vivencias y sueños, Consejo Internacional de Salud de los Pueblos Frente Nacional por la Salud de los Pueblos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador, 2004.
- Quijano A, Colonialidad y modernidad/racionalidad en Perú Indígena, vol. 13, no. 29, Lima, 1992.
- Quijano A, Colonialidad del poder, eurocentrismo y AméricaLatina, Centro de Investigaciones Sociales, Lima, 2006.
- Reichert E, Infancia, la edad sagrada, Ediciones La Llave, Argentina, 2014.
- Rodrigañez Bustos C, La sexualidad y el funcionamiento de la dominación, p 158, España, 2008. disponible en www.casildarodriganez.org
- Rodriguez Andres R, La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en las crisis sanitarias, 2011, disponible en <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/19>

- Rozas Pagaza M, La intervención profesional en relación con la cuestión social: el trabajo social, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2001.
- Soto Conti Constanza, Asistencia del recién nacido a término sano, como protagonista de su nacimiento Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 33, núm. 2, 2014, pp. 97-98 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina
- Spinelli H, Las dimensiones del campo de la salud en Argentina, Salud Colectiva Vol. 6, Lanús, 2010.
- Strauss Anselm y Corbin Juliet, Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, Editorial Universidad de Antioquia, 1998.
- Sunkel Osvaldo y Paz Pedro, El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo, México, Siglo XXI, 1975, pp 297-306.
- Tamayo Muñoz J y otros, Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia, Grupo Médico por el Derecho a Decidir, GDC Colombia, 2015.
- Uribe Bustamante Diana y Viveros Mejía Leonardo, MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD "DOULAS", PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL CUIDADO PERINATAL EN INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ, Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. V, núm. 9, julio-diciembre, 2009, pp. 95-119 Universidad El Bosque Bogotá, Colombia.
- Valdés V y Morlans X, Aportes de las doulas a la obstetricia moderna, Revista chilena de obstetricia y ginecología, Scielo, Santiago de Chile, 2005.
- Walsh Catherine, Prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir, Serie Pensamientos decoloniales, 2013.



“La civilización comenzará el día en que el bienestar de los recién nacidos prevalezca sobre todo los demás”

Wilhelm Reich

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de llegar a él”

Michel Odent

Agosto, 2018.