

PRODUCCIÓN SOCIO-LEGAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: APUNTES SOBRE SUS CONDICIONES DE POSIBILIDAD EN LA ARGENTINA DEL SIGLO XXI

SOCIO-LEGAL PRODUCTION OF OBSTETRIC VIOLENCE: NOTES ON ITS
CONDITIONS OF POSSIBILITY IN 21 ST CENTURY ARGENTINA

PRODUÇÃO SÓCIO-LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: NOTAS SOBRE SUAS
CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE NA ARGENTINA DO SÉCULO XXI

Ana Clara Barandela¹

Recibido: 12/03/2023 | Aceptado: 08/05/2023

1 Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina, anaclarabarandela@gmail.com,
ORCID: 0009-0009-6421-3164

Resumen

El presente trabajo explora el proceso de construcción discursiva de la violencia obstétrica como problemática socialmente legitimada en Buenos Aires, Argentina. Si bien se trata actualmente de una demanda relacionada a los movimientos de mujeres, no siempre ha sido intuitiva esta vinculación. En este sentido, nuestras reflexiones están orientadas a indagar en las condiciones de tematización y nominación de este tipo de violencia y su alojamiento en el marco interpretativo feminista local, para por último problematizar algunas de las situaciones, que también pueden considerarse violencias durante el parto, pero que quedan mayoritariamente por fuera de esta construcción. Con este fin, encontramos de utilidad abstraer tres *momentos* necesarios en dicha producción social: 1) el trabajo de resignificación de los procesos reproductivos femeninos, por un lado, y de las violencias de género por el otro, 2) la construcción social de la categoría *violencia obstétrica*, junto con la elaboración de dispositivos legales diseñados para su atención y 3) la visibilización y difusión de la problemática junto con el perfil social de las víctimas.

Palabras clave: violencia obstétrica; víctimas; feminismo.

Abstract

This paper explores the process of discursive construction of obstetric violence as a socially legitimised problem in Buenos Aires, Argentina. Although it is currently a demand related to women's movements, this link has not always been intuitive. In this sense, our reflections are oriented to investigate the conditions of thematisation and nomination of this type of violence and its accommodation in the local feminist interpretative framework, in order to finally problematise some of the situations that can also be considered as violence during childbirth, but which remain mostly outside this construction. To this end, we find it useful to abstract three necessary 'moments' in this social production: 1) the work of re-signifying female reproductive processes, on the one hand, and gender violence on the other, 2) the social construction of the category 'obstetric violence', together with the elaboration of legal mechanisms designed to deal with it, and 3) the visibility and dissemination of the problem together with the social profile of the victims.

Keywords: obstetric violence; victims; feminism.

Resumo

Este artigo explora o processo de construção discursiva da violência obstétrica como um problema socialmente legitimado em Buenos Aires, Argentina. Embora atualmente seja uma demanda relacionada aos movimentos de mulheres, esse vínculo nem sempre foi intuitivo. Nesse sentido, nossas reflexões são orientadas para investigar as condições de tematização e nomeação desse tipo de violência e sua acomodação na estrutura interpretativa feminista local, a fim de finalmente problematizar algumas das situações que também podem ser consideradas como violência durante o parto, mas que permanecem, em sua maioria, fora dessa construção. Para tanto, consideramos útil abstrair três «momentos» necessários nessa produção social: 1) o trabalho de resignificação dos processos reprodutivos femininos, por um lado, e da violência de gênero, por outro; 2) a construção social da categoria «violência obstétrica», juntamente com a elaboração de mecanismos legais destinados a lidar com ela; e 3) a visibilidade e a disseminação do problema, juntamente com o perfil social das vítimas.

Palavras-chave: violência obstétrica; vítimas; feminismo.

Introducción

Diferentes autores han llamado la atención sobre la emergencia en la escena pública de sujetos y grupos sociales, autoidentificados o calificados por otros, como víctimas de las más heterogéneas desgracias, accidentes y violencias desde por lo menos la década de 1960 (Wieviorka, 2003). Así, se ha señalado críticamente la *victimización* de nuestras sociedades como un signo de decadencia, en donde todo mundo buscaría ser reconocido como víctima en tanto posición social legítima para reclamar derechos, reparaciones y asistencias. Aunque compartimos la idea de que hoy día las personas tienen una nada despreciable visibilidad política al performar una identidad victimizada, este trabajo parte de cuestionar el supuesto de que es natural, fácil y accesible ser portador de esta categoría social.

En lugar de elevar un juicio de valor, naturalizar o incluso desacreditar estos fenómenos, consideramos pertinente ahondar en la producción política y social que hay detrás de la interpretación de ciertos acontecimientos en términos de víctimas y victimarios, sufrimientos y violencias (Zenobi y Marentes, 2020). Desde este marco es que nos interesa abordar el proceso por el cual la violencia obstétrica se construye en Argentina como una modalidad más de violencia de género, principalmente durante las primeras dos décadas del siglo XXI. Sostenemos que la visibilización y denuncia de prácticas biomédicas rutinizadas durante los embarazos y partos como una forma de violencia requirió de un amplio trabajo social de resignificación el cual, en un contexto político específico, pudo ser vehiculado por el marco interpretativo del movimiento de mujeres en el país contribuyendo decisivamente a su legitimación social.

En este sentido es que analizaremos más en detalle cuáles fueron las condiciones de posibilidad para el surgimiento y movilización de la violencia obstétrica como categoría social y qué actores intervinieron en la producción de las madres y mujeres como potenciales víctimas de los tratos del sistema de salud. Ahondaremos en aquellos dispositivos legales creados para proteger a las mujeres de este “riesgo” y luego repasaremos algunas estrategias políticas de dos organizaciones sociales que tuvieron por objetivo apuntalar la visibilización social de la violencia obstétrica. Finalmente nos interesa señalar algunas limitaciones que encontramos en esta figura particular de víctima de violencia obstétrica, en donde determinadas experiencias, contextos y sujetos se alejan de la manera socialmente cristalizada de comunicar este tipo de violencia.

Para esto nos serviremos, por un lado, de propuestas teóricas que han problematizado la noción de *víctimas* desde una perspectiva que enfatiza el trabajo colectivo y político que hay por detrás de la producción de estas identidades; y por otro, de elaboraciones de autoras

que han abordado ampliamente la problemática de la violencia obstétrica en Argentina. Metodológicamente, esta indagación se sustenta en el análisis discursivo de múltiples fuentes: de información disponible en los sitios webs oficiales de organizaciones dedicadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, recursos audiovisuales producidos también por estos últimos, artículos de distintos portales de noticias. Asimismo, incorporamos fragmentos de entrevistas llevadas adelante con un equipo de parteros/as de la Ciudad de Buenos Aires y con mujeres que nos han compartido sus experiencias durante el nacimiento de sus hijos/as, realizadas durante el año 2022 en el marco de un trabajo de campo etnográfico que tuvo por objetivo inicial mapear diferentes interpretaciones que los sujetos enarbolan en relación a las complicaciones que pueden hallarse en la atención institucional de los embarazos y partos en la actualidad.

Resignificaciones sociales de los partos y de la violencia hacia las mujeres

Reconocemos que existen una pluralidad de actores e instituciones sociales que contribuyeron a lo que actualmente puede entenderse bajo el término violencia obstétrica —entre ellos, la legislación nacional vigente, documentos y tratados elaborados por organismos multilaterales, producciones académicas que contribuyen a problematizar la temática, agrupaciones militantes por los derechos sexuales y reproductivos, mujeres autoidentificadas como víctimas de este tipo de violencia, colectivos organizados de partería independiente y también algunos trabajadores del sistema de salud—. Si bien algunos de ellos hacen más hincapié en unos aspectos sobre otros, comenzamos por esbozar algunos de los puntos más relevantes que señalan en sus definiciones, los cuales no necesariamente son excluyentes entre sí y pueden asimismo darse en simultáneo en la práctica. Así, esta categoría es generalmente movilizada para referirse a las siguientes situaciones:

- 1) el trato denigrante y humillante que pueden recibir las mujeres durante sus procesos de parto por parte del personal de salud por el mero hecho de ser mujeres,
- 2) la sobremedicalización de los partos y falta de consentimiento sobre las intervenciones ejercidas sobre los cuerpos de las madres y recién nacidos, que pueden llevar a complicaciones físicas y psíquicas —llegando en algunos casos a la muerte materno-infantil—,
- 3) el aislamiento de familiares, prohibiciones de movimiento y expresión corporal durante el trabajo de parto,
- 4) la falta de insumos y condiciones adecuadas en los establecimientos sanitarios,
- 5) la imposibilidad de decidir en qué condiciones —dónde, cómo, cuándo— se desea atravesar el nacimiento de un/a hijo/a.

Siguiendo a Castrillo (2016), entendemos que la definición de este tipo de violencia es un campo en disputa por la legitimidad de dicha definición y por quien la enuncia. En este sentido, no se la puede considerar de forma estática, sino que más bien depende de las posiciones de poder de los sujetos involucrados que pugnan por su corrimiento semántico. Por ejemplo, la definición legal y los movimientos de mujeres apuntalan más la dimensión relacionada a la violencia de género, varios escritos académicos resaltan la violencia institucional que implica, los documentos de organismos multilaterales hacen mella en las desigualdades de acceso a servicios de salud de calidad así como a las discriminaciones territoriales y raciales, mientras que algunos equipos de partería se enfocan más en la sobremedicalización forzada que impide transitar el parto de maneras más *naturales*.

Cabe recalcar nuevamente que no se trata de una relación lineal que vincula a los distintos actores con una u otra dimensión de la violencia obstétrica. En la mayoría de casos vemos cómo se entretajan argumentativamente en un mismo enunciado. Sin embargo, sí se observa una inclinación hacia algunas connotaciones de las mencionadas, y no a otras, dependiendo de quién/es, en qué contextos y para qué se está tratando de legitimar esta modalidad de violencia. Al final de este trabajo intentaremos argumentar que por la manera en que fue catalizada su visibilidad social, algunas de estas acepciones tienden a soslayar u opacar otras situaciones que también son consideradas violentas, en especial aquellas relacionadas al acceso y permanencia de un acompañamiento médico de calidad.

Como mencionamos en un principio, es en el transcurso de las dos primeras décadas de nuestro siglo que se empiezan a visibilizar y construir esta problemática en términos de violencia, sufrimiento, injusticia y abuso de autoridad a través de las denuncias de las propias mujeres, de movimientos sociales y de la producción de legislaciones y recomendaciones nacionales e internacionales. No se trata entonces para este período de un aumento de situaciones violentas en las salas de parto —en tanto las prácticas médicas estandarizadas de atención, en conjunto con sus posibles complicaciones, datan de principios del siglo XX (Nari, 2004)—, sino de la posibilidad de su tematización, comunicación y aceptación pública.

En base a estas consideraciones resaltamos a continuación dos de las condiciones políticas y sociales que posibilitaron la conceptualización de la violencia obstétrica tal como la entendemos hoy, pero que se remontan a la década de 1960: la resignificación de los embarazos y partos y la emergencia teórico-política del movimiento feminista de la Segunda Ola.

Tradicionalmente ha pesado sobre los procesos reproductivos de las mujeres una imagen negativa asociada a los dolores, miedos, riesgos y dificultades que ameritan la intervención de especialistas. Jerez (2015) sostiene que este ideario tiene su origen en las creencias y prácticas

propias de la Iglesia Católica, las que en última instancia buscan culpabilizar a las mujeres del sufrimiento del parto como castigo por el ejercicio de la sexualidad. Aún hoy podemos ver sus ecos en los testimonios que utilizan algunas organizaciones para visibilizar la violencia obstétrica como “si te gustó abrir las piernas, ahora aguantá el dolor”,² los cuales exploraremos más adelante en este trabajo.

Al tener los nacimientos estas connotaciones, la autora considera que se crean las condiciones necesarias para una destitución del saber-hacer de las mujeres, al considerarlas incapaces de llevar adelante los procesos que atraviesan sus propios cuerpos, legitimando en consecuencia la medicalización y la intervención estandarizada. Con “intervenciones estandarizadas” nos referimos al conjunto de prácticas rutinarias que se realizan de forma general durante los partos hospitalarios: suministro de oxitocina para inducir contracciones, tactos vaginales, maniobra de Kristeller, utilización de fórceps, la posición de litotomía y atadura de piernas, episiotomías y cesáreas.

Fundamentalmente son estos procedimientos del “modelo obstétrico” los que empiezan a ser cuestionados durante la década de 1960 y contrapuestos con otras maneras alternativas de parir —por ejemplo, el parto en el agua o el parto sin dolor (Felliti, 2011)—. Lo que nos interesa resaltar es que en la raíz de este cuestionamiento encontramos una resignificación del embarazo y parto: desde evento únicamente fisiológico, riesgoso y doloroso a un proceso *natural* que integra la sexualidad femenina. Al no poderse identificar a las parturientas con pacientes enfermas, en tanto los partos no son *patológicos* sino *naturales*, las intervenciones médicas aparecen no solo como innecesarias sino como perturbadoras de la *sabiduría corporal* de las mujeres.

En segundo lugar, habíamos mencionado a la Segunda Ola del movimiento feminista. La característica, y recurso político-argumentativo, central que queremos subrayar del feminismo de los años 60 puede sintetizarse con la célebre frase: “lo personal es político”. En aquella época diferentes autoras y activistas por los derechos de las mujeres empiezan a problematizar y desnaturalizar prácticas y discursos de la esfera privada —el hogar, la familia, la sexualidad— para entenderlas como instancias reproductoras de desigualdades y violencia de género (Trebisacce, 2014). De esta forma, se empieza a difundir la idea de que la opresión del sistema patriarcal no se expresa únicamente en los ámbitos públicos del mundo del trabajo y político, sino también en la socialización diferenciada de niños y niñas, en la desigual distribución de las tareas domésticas, en las agresiones —y asesinatos— que las mujeres reciben por parte

2 Véase Cybel, D. (2022, mayo 16). La violencia obstétrica es perpetrada con prácticas vejatorias. En *El grito del sur*. <https://elgritodelsur.com.ar/2022/05/la-violencia-obstetrica-es-perpetrada-por-sistema-medico-practicas-vejatorias.html>

de sus parejas, en las situaciones de violación y abuso, en la represión de la sexualidad y en los mandatos sociales que definen la vida de las mujeres —por ejemplo, confinándolas a la maternidad como destino natural—.

Al poder objetivar y comprobar la repetición de estas situaciones en las historias de la vida *privada* de centenares de mujeres, se arriba a las conclusiones de que 1) no se trata eventos aislados e individuales sino de desigualdades e injusticias políticas y sociales y 2) las mujeres no son las culpables de estos eventos —cuestionando el sentido común de frases como “¿qué hiciste para que te pegara?”, “eso te pasa por vestirse así”, entre muchas otras—. Las mujeres no serían las responsables de sus desgracias, sino que son víctimas de una sistemática agresión, por el mero hecho de ser mujeres, llevada a cabo principalmente por hombres, pero avalada en forma general por la cultura patriarcal.

Construcción de la violencia obstétrica como categoría social y legal

De esta doble resignificación —de los partos como procesos naturales y ciertas prácticas cotidianas como violencia de género— que acabamos de revisar, no deriva naturalmente la categoría de violencia obstétrica. Hizo falta, por un lado, que organizaciones y asociaciones establezcan concienzudamente un nexo entre ambas reinterpretaciones para que se visibilizara como problemática social legítima.

Pero también, en tanto todo proceso de victimización es colectivo, se necesitó del respaldo de lo que Barthe (2018) denomina “victimizadores”: parteras/os, académicos/as, activistas y legisladores/as nacionales que contribuyeron a disputar los vínculos causales del sufrimiento de muchas mujeres durante sus experiencias de parto. Para el autor, los “victimizadores” son un conjunto generalmente heterogéneo de actores sociales —ya sean profesionales, militantes o institucionales— que trabajan para construir vínculos causales que legitimen la formación de un grupo de víctimas, tanto ante los ojos de los demás como para el autorreconocimiento individual de esta identidad. Para nuestro caso de estudio, los actores sociales mencionados arriba contribuyeron a crear una nueva etiología en la cual aquel sufrimiento, las más de las veces, no se debe a que los procesos reproductivos femeninos son *a priori* riesgosos y llevan a complicaciones diversas. Más bien, el origen está en la violencia institucional desplegada en los hospitales, la cual pasa desapercibida por la entronización del saber biomédico, y que se ejerce de forma inmotivada particularmente en los servicios de maternidad.

Durante los primeros años del nuevo milenio se empiezan paulatinamente a gestar en Buenos Aires organizaciones dedicadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos pero que, a diferencia de otras precedentes, centran su acción en los procesos de embarazo

y parto más que en la lucha por el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. La primera entre estas en tener personería jurídica en el año 2000 fue la Asociación Civil Dando a Luz quienes, a su vez, fueron designadas el mismo año como representantes en la Argentina de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (Relacahupan).

Tan solo cuatro años luego de su fundación, la Asociación fue convocada para redactar el texto de la Ley Nacional n.º 25.929 Derechos de Padres e Hijos Durante el Trabajo de Parto, mejor conocida como Ley de Parto Humanizado, la cual se asienta sobre el supuesto de que los partos son procesos naturales no patológicos. Transcribimos a continuación parte de su Artículo 2.º en donde se establecen los siguientes derechos de las personas gestantes:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales (Argentina, 2018).

Si bien esta normativa es pionera en la región, no quedaba establecido cómo se implementaría en los centros de salud, dificultando cualquier real transformación en la práctica y en las actitudes del personal médico. Frente a la falta de información, de modificación de las vivencias en las maternidades y dado el escaso lapso temporal entre que comenzaron a organizarse asociaciones que trabajen la temática y el reconocimiento legal por el derecho a un parto humanizado, la nueva legislación no tuvo al momento de su sanción una repercusión que trascienda al conjunto de la sociedad.

Realizando su trabajo de campo con las fundadoras de la Asociación Civil Dando a Luz, Jerez (2015) encuentra que tuvo lugar un cambio argumentativo desde la óptica de los *derechos de las mujeres a la violencia que sufren las mujeres* durante sus embarazos y partos. De hecho, esta misma asociación es convocada para elaborar el artículo 6.º inciso e de la Ley Nacional n.º

26.485 Protección Integral a las Mujeres,³ en donde se tipifica legalmente la violencia obstétrica como violencia de género. Nos parece sumamente significativo, y nos tomamos permiso para, transcribir un fragmento de la entrevista que mantuvo la autora con una integrante de la asociación:

Llegamos a la violencia (obstétrica) porque no se reconocen los derechos, entonces tenemos que meter en la 26.485 algo referido a la falta de respeto, a la falta de respeto a esos derechos. Pero en realidad, una quisiera que fuera en la línea del reconocimiento de los derechos, no en la línea de la violencia (Jerez, 2015).

Tenemos entonces un contexto social en el que, frente a la dificultad de hacer oír e implementar nuevos derechos para las mujeres, se recurre a una transformación del lenguaje para visibilizar no ya cómo deberían ser los partos hospitalarios —a saber, respetados— sino lo que *realmente* estaría ocurriendo en las maternidades —a saber, violencia—. De este modo, la violencia obstétrica queda definida ante los ojos del Estado como el reverso de la Ley de Parto Humanizado (Argentina, 2018):

... es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (Argentina, 2009, art. 6.º, inc. e).

Creemos que la emergencia de la categoría de *violencia obstétrica*, y su empleo por parte de organizaciones sociales por sobre categorías como *derechos de personas gestantes* o *derecho a un parto humanizado*, catalizó y dio visibilidad a esta problemática. En este sentido, podemos pensar junto con Fassin (2005) que más que hablar de biopoder —el cual supondría políticas públicas eficaces que gestionen la reproducción de la vida— hoy día resulta pertinente hablar de biogitimidad —entendiendo, mediante esta expresión, el reconocimiento que la sociedad otorga a la cuestión del cuerpo que sufre—. Se trata, para el autor, de una nueva economía moral global en la que la vida es un valor a proteger sobre cualquier otro aspecto —como, por ejemplo, dimensiones económicas, políticas y sociales—. Asistimos así a un panorama y campo de juego en donde el cuerpo mostrado y expuesto como locus del dolor certifica la necesidad de atención, escucha y reparación, haciendo sumamente dificultosa cualquier relativización o sospecha sobre la veracidad de aquel padecer. Esta es una significativa

3 Sancionada en el año 2009, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollan sus Relaciones Interpersonales, define como violencia hacia las mujeres “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”. Las modalidades de la violencia hacia las mujeres quedan segmentadas en las siguientes categorías: violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica y violencia mediática y pueden expresarse de forma física, psicológica, sexual, económica y simbólica.

característica de época que, de alguna manera, contribuye a encauzar y tematizar esta problemática en términos de *víctimas y violencias*.

Visibilización pública de las víctimas de violencia obstétrica

La incorporación de la violencia obstétrica al movimiento feminista en Argentina no fue paralela al momento de su sanción legal. Consideramos que el acceso no fue fácil principalmente debido a la lucha histórica por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, la cual ponía en el centro de la acción militante el tratar de desenlazar la figura de mujer de la de madre. De hecho, una de las principales consignas del 1.º Encuentro Nacional de Mujeres de 1986 fue “la mujer debe dejar de parir para ser persona”. La primera vez que aparece la categoría de violencia obstétrica es en el Encuentro 28.º del año 2013, en la descripción del taller Violencia Sexual, aunque como vimos su tipificación legal fue cuatro años antes. Es recién en el Encuentro del 2014 que encontramos un taller enteramente dedicado a la temática y que lleva por título Mujeres y Violencia Obstétrica,⁴ mismo momento en el cual varios trabajos ubican la emergencia de la Cuarta Ola Feminista (Lamus Canavate, 2020).

La pregunta que intentaremos abordar a continuación es cómo se negoció este acceso de las víctimas de violencia obstétrica al campo de las víctimas de la violencia de género. Al respecto, podemos comenzar retomando las reflexiones de Gatti y Martínez (2017), en donde se argumenta que los distintos tipos de víctimas no se diferencian tanto por grados disímiles de sufrimiento, sino más bien por un desigual reconocimiento social e institucional. Diversas estrategias de visibilización política se vuelven entonces claves para *hacer equivaler las causas* de la violencia obstétrica a las de la violencia hacia las mujeres en general —y a la violencia sexual en particular— remitiéndolas a la estructura de un sistema patriarcal que anula la capacidad de decisión sobre el propio cuerpo: ya sea sobre la voluntad de ser o no ser madre, o sobre cómo se desea atravesar el proceso de convertirse en una.

En esta instancia proliferan y se vuelven centrales las organizaciones sociales, conformadas las más de las veces por mujeres que se consideran víctimas de violencia obstétrica, por otras que transitaron sus partos de forma domiciliaria y por parteras/os críticos del modelo

4 Véase Murillo, C. (2021, mayo 26) El primer encuentro nacional de mujeres. En *La izquierda diario*. <https://www.laizquierdadiario.com/El-primer-encuentro-nacional-de-mujeres>
Nota editorial. (2013, noviembre 20) El encuentro lo hacemos entre todas: 28 Encuentro Nacional de Mujeres en San Juan. En *Enredando comunicación popular*. <https://www.enredando.org.ar/2013/11/20/el-encuentro-lo-hacemos-todas-28-encuentro-nacional-de-mujeres-en-san-juan/>
Nota editorial (2014, octubre 3) 29 Encuentro Nacional de Mujeres – Salta 2014. En *La otra voz*. <http://www.laotravezdigital.com/29-encuentro-nacional-de-mujeres-salta-2014/>

hospitalario de nacimientos. Vamos a retomar ejemplos de declaraciones y acciones llevadas adelante por Las Casildas (fundada en 2011) y Fortaleza '85 (fundada en 2013), en tanto son dos de las organizaciones dedicadas a la visibilización de la violencia obstétrica que más difusión social tuvieron en Argentina. Nos interesa resaltar aquí el compromiso político que implica el pasar de los casos individuales de distintas mujeres a un marco interpretativo colectivo —seleccionando ciertas características y no otras— y su imbricación con una causa pública preexistente (Pereyra y Berardi, 2020).

Desde sus inicios, Las Casildas tematizó las agresiones a las que están expuestas las personas gestantes en los centros de salud a través de distintas *performances*: realizaron una gira por el país con su obra teatral *Parir(nos)*, colaboraron con el INCAA y con la cineasta Florencia Mujica para lanzar el documental *Parir* (2017) y difundieron, por sus redes sociales, videos que agrupan fragmentos de narraciones de distintas mujeres sobre las situaciones de abuso que experimentaron durante el nacimiento de sus hijos/as. El común denominador de estas estrategias es el empleo de testimonios en primera persona como recurso fundamental para generar empatía con los espectadores, poniendo en primer plano y validando las emociones negativas que las mujeres ubican como consecuencia directa del accionar médico-institucional.

Así, en el caso del documental, somos introducidos al itinerario de embarazo y parto de tres mujeres, oriundas de Buenos Aires pero de distintas clases sociales. Ya sean atendidas en hospitales públicos o privados —y aunque algunas de las escenas relatadas puedan parecernos más graves que otras— los tres testimonios están estructurados temporal y emotivamente de la misma manera. Desde la alegría por la pronta llegada al mundo de un nuevo/a hijo/a, la planificación y clara ubicación del deseo por parir de forma *natural*; al encuentro con los profesionales de la salud, quienes por un motivo u otro las van disuadiendo de estas ideas, y la desilusión, enojo y tristeza por cómo finalmente fue el desenlace de sus embarazos —solas y adoloridas en la sala de partos por horas, atadas a una camilla, siendo insultadas por el personal de guardia o en el quirófano teniendo una cesárea—.

Por otro lado, en uno de los videos disponibles en sus redes sociales, titulado *Voces contra la violencia obstétrica* (2013),⁵ se sintetizan estas mismas ideas en frases cortas encarnadas otra vez por sus protagonistas. Es interesante la forma en que está elaborado el montaje de los testimonios, ya que se van entrecruzando las historias de cada una, apoyando la idea de que no se trata de casos aislados o individuales, sino que son diferentes expresiones de una misma problemática social:

5 Las Casildas (2013). *Voces contra la violencia obstétrica*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=BzkvugKCSHI&ab_channel=LasCasildas

- Desde el principio de mi embarazo nunca supieron mi nombre, yo simplemente era una historia clínica más (...) Era *mamita, nena...*
- Y bueno, ahora tenés que pujar. Y yo no tenía ganas de pujar y me querían hacer pujar en ese momento, me decían que lo estaba haciendo mal, quería gritar y no me dejaban gritar.
- Yo me quería levantar y no me dejaban, y en lo posible no tenía que levantar mucho la voz o gritar.
- Cuando estaba esperando a Manuel, entraban las parteras y me introducían cosas en el suero y nunca me decían qué era. Yo les preguntaba y me sobaban, me trataban soberbiamente.
- En el último tacto se dieron cuenta que Jonás estaba de cara y por lo tanto me tenían que hacer una cesárea sí o sí.
- Entró el médico y al ver que yo no estaba dispuesta para la cesárea me amenazó diciendo que él ya estaba ahí, que si no hacíamos la cesárea en ese momento él no se iba a hacer cargo de lo que pasara, así que no me dieron opción.
- El momento crítico llegó cuando lo sacaron a Jonás y se lo llevaron a neonatología sin ponerlo en mi pecho, sin dejármelo ver, sin dejar que mi compañero vaya con él.
- Cuando pregunté qué seguía, después de 40 minutos de la epidural, me dijeron “bueno, ahora te vamos a dar un trapito, lo vas a apretar fuerte entre los dientes, y te vas a aguantar el dolor”.
- A mi hija me la arrancaron de la panza porque la sentí, se la llevaron, pedí de verla, pedí de ponerla en mi pecho, no me la mostraron, no me la dejaron oler, no dejaron que le diera un beso, no dejaron que le viera su cara...
- Estaba en un pasillo anestesiada, sin poder moverme, muerta de frío y nadie que me respondiera si mi hija siquiera estaba viva. Ni siquiera sabía si mi hija estaba viva.
- Tardé mucho en darme cuenta que lo mal que yo me había sentido, en realidad está bien, era una persona normal por sentirme tan mal. Pensé que la persona equivocada era yo.

El video culmina con los enunciados “la violencia obstétrica es también violencia de género”, “despertemos”, “denunciemos”, “hagamos visible lo invisible” y vemos a las mismas mujeres desajustándose una venda que les tapaba los ojos. Al igual que en otros procesos de producción de víctimas contemporáneos, aparece un interés de parte de las organizaciones por agenciar a las mujeres y descentrarlas del lugar de pasividad en que muchas veces son colocados los grupos que han padecido algún tipo de violencia. La pasividad apoya la desresponsabilización de las personas victimizadas en tanto reafirma la inmotivación del acto de violencia infligido hacia su persona. Pero, por otro lado, también resulta en una posición estática que no conduce a ninguna modificación social o individual. Si bien entonces las agrupaciones intentan dar un marco para exponer los cuerpos sufrientes de estas mujeres que

no hicieron nada para merecer abusos por parte de instituciones de salud, la finalidad última del reconocimiento de esta violencia y su denuncia pública es transformar la manera en que se desarrollan los procesos de parto en los hospitales, o bien promover su gestión por fuera de los mismos a través de la contratación particular de parteras/os para su atención domiciliaria.

Al respecto de esto último, consideramos de gran importancia los aportes de Zenobi y Marentes (2020) para recalcar que la asunción de la identidad de víctima no es un proceso esporádico del individuo, sino que siempre se es víctima *con otros*. En la misma línea de la propuesta de Barthe que retomamos más arriba, es importante enfatizar el arduo trabajo social, político y colectivo necesario para producir una comunidad identitaria que se reconozca gravemente perjudicada por las acciones u omisiones de otro —a quien hay que sancionar o por lo menos denunciar—. Para esto se interpela a las mujeres a *despertar* y reflexionar sobre la manera en que ocurrieron sus partos e identificar si han sufrido alguno de estos malos tratos enumerados. La reelaboración del pasado con un nuevo marco interpretativo permite asumir la identidad de víctima de violencia obstétrica mediante disponibilidad de categorías sociales que posibilitan *hacer visible lo invisible*, desresponsabilizarse a una misma y ubicar a los *verdaderos* culpables. Por ejemplo, se señala una y otra vez la causa del sufrimiento en el accionar del personal de salud, aunque aparezca enunciado de forma tácita: “no me dejaban...”, “no me querían decir...”, “no me dieron opción”, “me la arrancaron...”, pero nunca aparece aquel sufrir como consecuencia de algún defecto, problema o complicación de los cuerpos de las embarazadas y sus hijos/as. Asimismo, la asociación civil resalta que la violencia obstétrica, al igual que otras formas de violencia, deja marcas duraderas y ubicables en el cuerpo y en la psiquis:

Esta violencia conlleva consecuencias, dificultades para vincularse con el hijo o la hija, depresión post parto, sentimientos de culpa, vergüenza por las cicatrices en el cuerpo, circunstancias que también pueden afectar la vida sexual de las mujeres y tiene un impacto directo en su salud mental y en la percepción de sus vínculos.⁶

La marca del sistema: Es interesante observar, cómo sin importar la vía del nacimiento, casi la totalidad de las mujeres llevamos en nuestros cuerpos la marca de haber pasado por el sistema de salud, ya sea con una cicatriz en el útero o en nuestros perinés. Este hecho da cuenta de la liviandad con la que se intervienen los cuerpos femeninos, no por necesidad médica, sino tan solo por costumbres y creencias.⁷

La elaboración de estadísticas es otro aspecto fundamental en los procesos de construcción y difusión de problemáticas sociales, en donde la circulación de cifras viene a avalar generalmente

6 Álvarez Ferreira, C. (2021, abril 12) La violencia obstétrica es un tipo de violencia machista. En *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/335115-la-violencia-obstetrica-es-un-tipo-de-violencia-machista>

7 Informe Final del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) (2016). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/381808365/Informe-Final-OVO>

proyectos políticos diseñados previamente (Varela y González, 2015). En Argentina, el organismo encargado de relevar las denuncias de violencia de género —discriminadas según los tipos de violencias establecidos en la Ley Nacional n.º 26.485— es la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (Consavig). Las víctimas de violencia obstétrica deben completar el modelo de denuncia, indicando la institución en donde fueron atendidas y redactando los hechos ocurridos, adjuntar copia del DNI y enviarlos a la casilla de mail de la Consavig. Sin embargo, además de no existir sanción legal alguna a través de este medio, tampoco son públicas la cantidad de denuncias acumuladas desde la tipificación legal de la violencia obstétrica hasta hoy en día.⁸ Es decir, no contamos con cifras *oficiales* sobre esta problemática, a excepción de las correspondientes al año 2017, en donde el organismo difundió haber recibido únicamente 89 denuncias de violencia obstétrica.

Frente a esta situación, Las Casildas se embarcó en la tarea de crear el primer Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO). Los datos publicados para el período 2015-2016 fueron elaborados sobre una base de 4939 nacimientos y arrojan, entre otros, los siguientes resultados:

- 5,4 de cada 10 mujeres NO se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos.
- 2,5 de cada 10 mujeres fueron criticadas por expresar sus emociones durante el trabajo de parto y parto.
- 2,7 de cada 10 mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores.
- 4 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea.
- 7 de cada 10 NO tuvieron libertad de movimiento durante el parto.
- 6,4 de cada 10 NO pudieron beber o comer durante el trabajo de parto.
- 7 de cada 10 mujeres le rompieron artificialmente la bolsa.
- 6 de cada 10 mujeres se les practicó una episiotomía.
- 3,3 de cada 10 mujeres les realizaron la maniobra Kristeller en su parto.
- 4,7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea y de estas 4 de cada 10 fueron programadas.
- 7 de cada 10 mujeres NO saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos e hijas y por supuesto no dieron su consentimiento.

La asociación civil expone como conclusión del informe que

8 De hecho, el modelo de denuncia fue bajado de los sitios web oficiales en donde previamente se podía consultar —<https://www.argentina.gob.ar/justicia>—, haciendo más dificultoso aún presentar la denuncia. A los fines de este trabajo, nos comunicamos con la Consavig para solicitar dicho documento.

... *estos números hablan por sí solos*, visibilizan la vulneración cotidiana y sistemática presente en los nacimientos del sector público y privado de todo el país. Es por esto, que consideramos de suma urgencia, *la necesidad de transformar el sistema* de atención perinatal hegemónico, hacia una práctica médica con perspectiva de género y de derechos, lo que implica por supuesto un proceso profundo de sensibilización, difusión y formación, no sólo a los efectores de salud, sino a la población en general, ya que como bien expusimos, *se trata ante todo de un problema de índole cultural*.⁹

Otras cifras que circularon sobre la temática fueron las difundidas por la organización Fortaleza '85 en relación al 1.º Relevamiento de Parto Planificado en Domicilio (iniciada en 2012, publicada en 2016). Los datos se elaboraron sobre las experiencias de 1501 mujeres que tuvieron a sus hijos/as en sus domicilios entre los años 1937 y 2016 en Argentina, para apoyar la tesis de que la gran mayoría de los partos son procesos orgánicos, que no requieren de intervención médica, si las condiciones están dadas para que la persona gestante esté tranquila, cómoda y segura. Así, vemos que en los resultados se sostiene que únicamente el 5,5 % de estos nacimientos terminaron en cesáreas, que el 39,3 % de las mujeres no necesitó ninguna intervención de las/los parteras/os y que solo en el 12 % de los casos se requirió un traslado — antes o después del parto— al hospital.

A diferencia de Las Casildas, Fortaleza '85 comenzó concentrando su militancia en la expansión de la práctica de partos domiciliarios. Desde este espacio, se entendía al ámbito privado como la esfera predilecta para garantizar los derechos de las parturientas si se lo compara con la violencia ejercida sobre los cuerpos de las mujeres en el espacio público del hospital.

Con el paso de los años, y al enfrentarse a las críticas que arguyen la peligrosidad para la salud que implica desvincular los procesos de parto de la órbita hospitalaria, las/los fundadoras/es de la organización afirmaron que tuvieron que ampliar sus acciones para afrontar *la cuestión de fondo*: problematizar la medicalización de los nacimientos como práctica patriarcal. En este sentido, organizaron en conjunto con la Universidad de Madres de Plaza de Mayo el Seminario Maternidad y Derechos, las Primeras Jornadas Ciudadanas para definir la Violencia Obstétrica (2013) y elaboraron una perspectiva político-teórica enmarcada en el feminismo, difundida en múltiples notas periodísticas y en su propia página web.¹⁰

Es así que podemos rastrear en las discursividades de estas dos organizaciones cómo la desnaturalización de las intervenciones sanitarias se reinterpreta en la práctica política bajo el lenguaje de la violencia sexual, haciendo énfasis en la anulación de la autonomía corporal femenina:

9 Informe Final del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) (2016). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/381808365/Informe-Final-OVO>. Los destacados son nuestros

10 Fortaleza '85. ¿Quiénes somos? Recuperado de http://fortaleza85.blogspot.com/p/quienes-somos_9.html.

En la situación de violencia obstétrica las mujeres no tienen posibilidad de decidir sobre los procedimientos que se llevan a cabo sobre sus cuerpos ni el bienestar de sus hijos (...) Se suele leer fuera de contexto como puramente médica o clínica, es un tipo de violencia machista. Es una forma de violencia de carácter sexual que supone una violación a los derechos humanos y es ejercida para controlar a las mujeres y mantenerlas en la sumisión.¹¹

Nunca nos preguntamos por qué las mujeres paren acostadas con las piernas atadas sobre unos estribos metálicos. Eso es un protocolo médico, pero si hacés un revisionismo histórico viene del siglo XVIII cuando había un rey que tenía un fetiche que le gustaba ver exactamente el momento en que sus amantes tenían a sus hijos. Esta práctica continúa y va en contra de un montón de papers que muestran el impacto positivo de la libertad de movimiento.¹²

Si alguien me pregunta cómo defino a la partería, que es algo que yo amo, yo podría decir que es la definición de patriarcado: una mujer acostada, atada de piernas, mirando para el techo, no siendo protagonista de uno de los momentos más importantes de su sexualidad y alguien de afuera metiendo los dedos en su vagina sin pedir permiso. Si eso no es la definición de patriarcado...¹³

Al poder repensarse dentro del marco interpretativo del movimiento feminista, mediante una fuerte analogía teórica entre el sistema patriarcal y la sujeción de las parturientas por parte de las instituciones de salud, la desnaturalización de prácticas médicas rutinarias como violentas y, sobre todo, por la difusión de testimonios en primera persona del sufrimiento vivenciado en las salas de partos, se fueron construyendo las condiciones para el alojamiento de la violencia obstétrica como problemática de la sociedad en su conjunto.

En este proceso de producción e inclusión de este tipo de violencia al campo de las víctimas de violencia de género, queremos resaltar, por último, la incidencia de los trabajos académicos locales en la construcción de estas vinculaciones y su retroalimentación teórica en conjunto con las organizaciones sociales. Durante los últimos quince años asistimos a una proliferación de estudios sociales que tematizan la violencia obstétrica en relación a la violencia institucional y de género, así como a la formación y consolidación del saber biomédico (Véase Sadler, 2004; Montes Muñoz, 2008; Fornes, 2009; Belli, 2013; Jerez, 2015; Bellón Sánchez, 2015; Castrillo, 2016).

Consideramos que los investigadores sociales, lejos de tratarse de observadores externos limitados a documentar la realidad, participan activamente de la producción de las categorías

11 Álvarez Ferreira, C. (2021, abril 12) La violencia obstétrica es un tipo de violencia machista. En *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/335115-la-violencia-obstetrica-es-un-tipo-de-violencia-machista>.

12 Véase Cybel, D. (2022, mayo 16). La violencia obstétrica es perpetrada con prácticas vejatorias. En *El grito del sur*. <https://elgritodelsur.com.ar/2022/05/la-violencia-obstetrica-es-perpetrada-por-sistema-medico-practicas-vejatorias.html>

13 08 de diciembre de 2021. Registro de campo n.º4, entrevista con Francisco, partero independiente y miembro de Fortaleza '85.

sociales en tanto fuente legitimada de conocimiento. En este sentido, no solo estos trabajos se nutren de las resignificaciones políticas en torno a la violencia y el parto que acabamos de repasar, sino que proveen y elaboran recursos teóricos en conjunto con los actores sociales, contribuyendo en definitiva a la producción colectiva de las víctimas de violencia obstétrica en tanto un agente *victimizador* más. Recíprocamente podemos ver cómo estas mismas organizaciones abocadas a la promoción de los derechos reproductivos movilizan conceptos clásicos de alto vuelo teórico para respaldar sus declaraciones, como por ejemplo “modelo tecnocrático de nacimiento” (Davis-Floyd, 1993), “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1994) o “conocimiento autorizado” (Irwin y Jordan, 1987) e inscriben este tipo de violencia en una genealogía histórica occidental caracterizada por la expropiación y subordinación de los saberes femeninos sobre los procesos reproductivos (Ehrenreich y English, 1981/1974).¹⁴

Algunas limitaciones en la cristalización de la figura de víctima de violencia obstétrica

Hasta aquí hemos dado cuenta de un proceso tendiente a la condensación de la figura de víctima de violencia obstétrica como una mujer que se autorreconoce violentada por el sistema sanitario durante la gestación y alumbramiento de sus hijos/as, a la vez que legitimada socialmente por un marco de referencia discursivo, organizativo y legal que supo alojarse dentro del movimiento de mujeres. Para esto segmentamos analíticamente tres *momentos*, que denominamos 1) trabajo social de resignificación —de los procesos reproductivos femeninos y violencia de género—, 2) construcción sociolegal de la categoría violencia obstétrica y 3) visibilización pública de este tipo de víctimas.

Sin embargo, queremos hacer notar que su inclusión dentro del feminismo trajo consigo la adopción de la argumentación política según la cual *todas las mujeres estarían en riesgo* de ser víctimas de este tipo de violencia. Esto lo percibimos en aseveraciones sobre la transversalidad de las violencias hacia las personas gestantes, sin importar que tengan prepaga, obra social o ninguna cobertura médica. Si bien la universalización constituye una estrategia de visibilización, sabemos también que el propio movimiento de mujeres ha dado lugar al debate sobre las distintas condiciones sociales en que se articulan las relaciones de género. En este sentido, consideramos que no todas las mujeres están en igualdad de condiciones de decidir sobre sus propios cuerpos y que sería sumamente interesante indagar en estas experiencias variadas.

14 Como nota de color, comentamos que en la primera entrevista mantenida con parteros/as independientes y militantes fueron ellos quienes recomendaron bibliografía teórica para leer porque “... recién estás empezando en este tema vos” (08/12/2021 - Registro de campo n.º4).

Como sostuvimos previamente, las estadísticas elaboradas por las organizaciones sociales contribuyeron a la instalación de esta problemática en el horizonte social. Queremos agregar ahora una cifra no menor, ampliamente replicada en decenas de entrevistas y notas sobre la temática, cuyos parámetros de elaboración suelen no explicitarse: la tasa de cesáreas en Argentina se ubica por encima del 40 % del total de los nacimientos anuales, mientras que el porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) oscila entre el 10 % y 15 %. Con la movilización de estas cifras se busca demostrar que hay un 30 % de cesáreas practicadas que, al aparecer como innecesarias en lo que concierne a la morbilidad materno-infantil e injustificadas científicamente, son la máxima expresión de la sobreintervención de los cuerpos gestantes. La finalidad de esta *epidemia de cesáreas* —como se la ha denominado reiteradas veces— es acelerar los tiempos de los trabajos de parto, en tanto los mismos pueden extenderse más de 40 horas, despojando a su paso a las mujeres de atravesar la experiencia de dar a luz *naturalmente*.

Estas cifras fueron difundidas por la OMS en 1985 en la Convención de Fortaleza, Brasil (de aquí sale justamente el nombre de la organización Fortaleza '85) y son una recomendación estimada mundial. Es decir, se trata de un parámetro homogéneo que no tiene en cuenta las condiciones de los distintos territorios y sistemas sanitarios del globo, aunque, si indagamos en cómo fue la producción de este dato vemos que surge del contexto particular europeo donde "... con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados".¹⁵

Con estas reflexiones buscamos explicitar el hecho de que la cristalización de la figura de víctima de violencia obstétrica que venimos caracterizando, es el resultado de un proceso político y social particular, localizado en un centro urbano y encarnado en sujetos mayoritariamente pertenecientes a la clase media bonaerense que disputan sus propias realidades y experiencias en relación a los nacimientos. En tanto tal, este itinerario supuso la selección de ciertas dimensiones de esta categoría que exaltan la denuncia de la sobreintervención médica de forma analógica a la violencia sexual, siendo la anulación de control y decisión sobre el propio cuerpo la génesis argumentativa común en ambos escenarios.

Lo que es más, nos estuvimos moviendo dentro de lo que la tradición occidental concibió, transformó y cuestionó en relación a los significados de los eventos fisiológicos de la anatomía femenina y al lugar de las mujeres dentro de la sociedad. Pero, si los embarazos, partos y abortos son procesos tanto biológicos como culturales, sociales y políticos (Blázquez Rodríguez, 2005) cabe resaltar la gran variabilidad de maneras de inteligibilizarlos y

15 Véase Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasa de cesáreas. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

practicarlos, discusión sumamente necesaria que excede los fines de este trabajo. Lo que sí nos interesa resaltar es que la cara opuesta a la sobremedicalización —el desigual, dificultoso o precario acceso a servicios de salud durante las gestaciones— no aparece con el mismo peso simbolizada en la figura que retratamos de víctima de violencia obstétrica.

La diversidad y desigualdad de recursos e infraestructura de la arquitectura sanitaria del país, sumado a las múltiples articulaciones sociales, territoriales, raciales y económicas en que las mujeres transitan sus vidas, pueden configurar escenarios de violencias durante el parto heterogéneos y disímiles. En base a lo desarrollado, arriesgamos la hipótesis de que estas otras formas de violencia no son tan audibles, ni muchas de sus protagonistas se asumen como padecientes de violencia obstétrica, justamente por la manera en que cristalizó esta figura en este momento histórico-político particular.

En este sentido, coincidimos con Gandsman (2013) en que las ciencias sociales deben estar atentas a no tomar las narraciones testimoniales exclusivamente como relatos orgánicos, sino también como producto de los movimientos sociales. Resulta de interés entonces dar lugar a aquellas experiencias, que los sujetos también —aunque en menor medida— interpretan como violencias durante el parto, pero que por el contrario aducen a una omisión de intervención, a una falta de asistencia profesional, a una carencia de recursos sanitarios a disposición de las mujeres. Para ilustrar estas últimas reflexiones transcribimos parte de una entrevista etnográfica realizada en conjunto con una mujer que transitó su embarazo y parto en un hospital de la ciudad de Resistencia en la provincia de Chaco:

Lo que pasa es que este hospital se centra en hacerte tener un parto normal, no quieren hacerte cesárea. Cuando yo ingreso, me atiende una doctora primero. Me revisa todo y me dice: “si para tal hora vos no dilatás, yo sí o sí tengo que hacerte una cesárea porque tu bebé es muy grande”. Después de ahí, pasaron y pasaron las horas. A cada ratito venían a tactarme una y otra vez (...) ahí le volví a preguntar [a la médica obstetra de guardia] y me dice que el bebé puede estar sin agua 50 horas. Hasta donde sé yo, no. Se lo dije, me informaron a mí eso. Mi bebé puede tener algún problema cerebral, puede tener algún problema al estar tanto tiempo sin agua. La doctora anterior me dijo que si yo no dilataba, yo iba a cesárea, le digo. No me gustaba la idea de cesárea, pero de última si es necesario que me la hagan. Yo le escuchaba que ella festejaba los partos normales. Para ella eran un festejo los partos normales.¹⁶

16 12 de agosto de 2022. Registro de Campo n.º 8.

Reflexiones finales

En estas páginas quisimos dar cuenta de la producción y visibilización de las víctimas de violencia obstétrica en Argentina. Para esto nos centramos en resignificaciones discursivas de larga data sobre los procesos reproductivos y la violencia hacia las mujeres, y su posterior interrelación en el marco del movimiento feminista durante la década de 2010, como un tipo más de violencia de género. Pensamos que su inclusión relativamente tardía dentro de la agenda feminista es uno de los elementos que llevó a que su reconocimiento legal por parte del Estado preceda cronológicamente a su tematización social masiva, vehiculizada principalmente por asociaciones y organizaciones sociales.

Estas últimas desplegaron todo un abanico de estrategias políticas para incluir a la violencia obstétrica en el campo del movimiento feminista a través de la producción de estadísticas, proyectos audiovisuales, elaboraciones conceptuales y de la participación en las manifestaciones de mujeres. Sostuvimos que estas acciones y discursividades tendían a equiparar las causas de la violencia obstétrica a las causas de la violencia sexual: la existencia de un sistema de desigualdades —entre hombres y mujeres, entre médicos/as y parturientas— de poder basado en el género que coopta la capacidad de decisión y control sobre el cuerpo feminizado, sobre todo en lo concerniente en la expresión de la sexualidad. De esta manera, se fue proveyendo cierta estructura sobre la cual las mujeres son convocadas a repensar algunas de sus experiencias de embarazo y parto en términos de abusos, maltratos y hasta violaciones. Consideramos que en este proceso la difusión de testimonios en primera persona fue esencial para validar angustias, miedos e impotencias y reconocerse como víctimas mediante la desresponsabilización de lo sucedido, en un panorama social y moral en el que ya no se sospecha de la exposición del sufrimiento ajeno (Fassin y Rechtman, 2009).

Sin embargo, también creemos que en esta construcción de la figura de víctima de violencia obstétrica se fueron seleccionando ciertas características sobre otras, probablemente debido a la militancia previa sobre el parto humanizado, domiciliario y *natural*. Así, frente a la enorme variabilidad de prácticas susceptibles de considerarse violentas en una situación de parto, la sobremedicalización e intervención sanitaria suelen aparecer, de forma metonímica, como la cara más visible de esta causa pública.

Con estos últimos comentarios nuestra intención no es desacreditar la militancia de las organizaciones sociales que mencionamos, ni tampoco relativizar la tendencia mundial hacia la patologización y medicalización de los procesos fisiológicos. El objetivo es volver a poner de manifiesto que las problemáticas que se legitiman en determinados momentos y coyunturas históricas son, antes que nada, construcciones sociales colectivas. Como tales, son producto

de un arduo trabajo de reflexión social, selecciones estratégicas, reinterpretaciones, alianzas y negociaciones.

Referencias bibliográficas

- Argentina. (2018). Ley Nacional n.º 25.929. Derechos de Padres e Hijos al Momento del Nacimiento. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_o.pdf
- Argentina. (2009). Ley Nacional n.º 26.485. Violencia contra la Mujer. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf
- Barthe, Y. (2018). Elementos para una sociología de la victimización. En T. Rifiotis y J. Segata (Comps), *Políticas etnográficas no campo da moral*. Porto Alegre: UFRGS.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista red Bioética*, (7), 25-32. <http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Blázquez Rodríguez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42).
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, 24, 43-68.
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En S. Tower Hollis, L. Pershing y M. J. Young (Comps), *Feminist Theory and the Study of Folklore*. (pp. 297-326). Illinois: Illinois Press.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981 [1974]). *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: La Sal.
- Fassin, D. (2005). El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida. En F. Saillant y S. Genest (Comps), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux* (pp. 383-399). París: Les Presses de l'Université Laval.
- Fassin, D. y Rechtman, R. (2009). La economía moral del trauma. En *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Felliti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). En *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500007>.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Gandsman, A. (2013). Narrativa, derechos humanos y la reproducción etnográfica del conocimiento convencional. *Anthropologica*, (55), 109-132.
- Gatti, G. y Martínez, M. (2017). El campo de las víctimas. Disensos, consensos e imaginarios compartidos en el nacimiento del ciudadano víctima. En G. Gatti (Coms.), *Un mundo de víctimas*. Barcelona: Anthropos.
- Irwin, S. y Jordan, B. (1987). Knowledge, practice and power: court-ordered cesarean sections. *Medical Anthropology Quarterly*. 1(3), 319-334.
- Jerez, C. (2015). *Partos "humanizados", clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Lamus Canavate, D. (2020). La irrupción de una nueva ola feminista ¿La cuarta ola? *La manzana de la discordia*, (15), 1-26.

- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- MontesMuñoz, M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index Enfermería*, 17(1). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100006.
- Murillo, C. (2021, mayo 26). El primer encuentro nacional de mujeres. *La izquierda diario*. Recuperado de <https://www.laizquierdadiario.com/El-primer-encuentro-nacional-de-mujeres>
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- Pereyra S. y Berardi A. (2020). El compromiso político de las víctimas. En M. V. Pita y S. Pereyra (Comps.), *La movilización de los familiares de víctimas y los sentidos de justicia*. Buenos Aires: Teseo Press.
- Sadler, M. (2004). «Así me nacieron a mi hija». Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En M. Sadler, M. E. Acuña y A. Obach (Comps.), *Educación, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género.
- Trebisacce, C. (2014). Revoluciones simbólicas y de militancia de las feministas porteñas de los setenta (pp. 7-35). En M. Tarducci (Comp.), *Feminismo, lesbianismo y maternidad*. Buenos Aires: Feminaria.
- Varela, C. y González, F. (2015). Tráfico de cifras: “Desaparecidas” y “Rescatadas” en la construcción de la trata como problema público en la Argentina. *Apuntes de Investigación del CECYP*, (26), 74-99.
- Wieviorka, M. (2003). El surgimiento de las víctimas (L'émergence des victimes). *Sphera Publica*, (3), 19-38.
- Zenobi, D. y Marentes M. (2020). Panorama sobre la producción social de las víctimas contemporáneas. En M. V. Pita y S. Pereyra S. (Comps.), *La movilización de los familiares de víctimas y los sentidos de justicia*. Buenos Aires: Teseo Press.