

## De pedagogías, políticas y subjetividades: *recorridos y resistencias*

### **Del dicho al hecho: la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en torno al parto.**

**Silvia Fuentes.** Doctoranda en Psicología, Facultad de Psicología, UNC. Docente e Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales. FemGeS. UNC.

Eje temático 4: Derechos sexuales y (no) reproductivos. Derecho al aborto.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos – violencia obstétrica – parto humanizado

### **Resumen**

En el presente trabajo me propongo ensayar una reflexión que incorpore algunos aportes teóricos y metodológicos del feminismo para el análisis de las prácticas hegemónicas y alternativas de atención del parto. En particular planteo la importancia de analizar desde una perspectiva feminista los obstáculos y avances en la lucha por el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en torno al parto. El interés de este análisis se relaciona con las experiencias y prácticas de colectivos que integran el Movimiento por el Parto Humanizado, en particular de las integrantes del grupo "Mujeres por un respetado Córdoba", sobre el que estoy desarrollando mi tesis de doctorado.

### ***El control de los cuerpos femeninos y los discursos sobre la salud sexual y reproductiva***

Los estudios feministas han producido una amplia acumulación de desarrollos teóricos en torno al modo en que durante siglos el patriarcado se ha basado en el control del cuerpo de las mujeres. Como señala Federici (2004), el análisis de la apropiación del cuerpo de las mujeres ha sido central para las activistas y teóricas feministas en sus esfuerzos por explicar y denunciar la explotación y la construcción cultural de la identidad de las mujeres. Los cuerpos de las mujeres han sido el objetivo y el lugar de despliegue de técnicas y relaciones de poder (Federici, 2004).

Estos desarrollos teóricos y análisis críticos más recientes sobre los discursos y prácticas en salud sexual y reproductiva (Ciriza, 2007 Tamayo, 2001) constituyen un marco general para comprender las posibilidades y obstáculos que enfrentan las mujeres para afirmar la autonomía sobre su cuerpo en torno al parto.

Si bien excede el alcance de este trabajo abordar el proceso de construcción histórica de los discursos sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, retomo de la reconstrucción que realiza Tamayo (2001) lo referido a las últimas décadas en que se consolidó la utilización de estos términos.

Tamayo señala una serie de ejes interrelacionados en la formación conceptual de los derechos sexuales y reproductivos: "integridad corporal-integridad personal, autodeterminación sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción, salud sexual y reproductiva, igualdad, empoderamiento y ciudadanía" (Tamayo, 2001, p.87). La integridad corporal-personal es entendida no solo como la limitación de prácticas coercitivas o violentas sino también como "recuperación y valoración del cuerpo, conocimiento y descubrimiento de sus capacidades, entre ellas, las de suscitar experiencias placenteras, cuidado y conducción consciente de sus procesos" (Tamayo, 2001, p.87). La autodeterminación "es ejercicio de libertad" que requiere una base de "condiciones subjetivas y objetivas para decidir". Estas implican la existencia de

garantías concretas para hacer efectivo el acceso a la información, el consentimiento libre e informado, y los medios para efectivizar la toma de decisiones (Tamayo, 2001, p.88).

Esta concepción liga la salud a los conceptos de igualdad, empoderamiento y ciudadanía. La salud tal como es enfocada en los discursos y prácticas impulsadas por el feminismo “no trata de un objeto reservado al saber técnico-medicalizado, constituye una experiencia atravesada por relaciones sociales y de poder, donde los sujetos adquieren, pierden, potencian o reducen capacidades” (Tamayo, 2001, p.88).

### ***Obstáculos y avances en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres***

Como afirma Ciriza (2007) “los derechos sexuales y reproductivos constituyen un punto significativo en el proceso de ciudadanía del colectivo de mujeres” (Ciriza, 2007, p.312). Sin embargo al considerar la relevancia del derecho para la transformación de la situación de las mujeres aparecen una serie de contradicciones o paradojas.

Ciriza ofrece un análisis de “las paradojas presentes en el reclamo a decidir sobre el propio cuerpo como derecho ciudadano” (Ciriza, 2007, p.295). Las enmarca en la tensión histórica (ligada a la tradición liberal) entre ciudadanía abstracta/igualdad /libertad/derechos reconocidos formalmente y diferencias/desigualdades concretas que limitan la ciudadanía y el acceso efectivo a los derechos materiales (como los ligados al control del cuerpo). En este sentido señala que “el carácter fetichista del jeroglífico del derecho reside en que se presenta como intercambio libre e igual entre sujetos autónomos portadores de derechos abstractos; no obstante, en las sociedades burguesas ese intercambio se realiza bajo condiciones de violencia de clase, de género, de sexo y de raza” (Ciriza, 2007, p.306).

En el contexto actual señala además la paradoja entre la ampliación y el reconocimiento de derechos formales y el simultáneo avance de lógicas neoliberales, mercantilización de relaciones, deterioro de las condiciones reales para el efectivo acceso. Esto implica una cosificación del cuerpo que se transforma en mercancía, enajenable y fragmentable, despojado de significaciones subjetivas. En el caso de las mujeres se establece la idea de “mujer vasija”, que “puede portar un producto de otro, ya sea bajo la forma de alquiler de vientre o de un embarazo no deseado en función de los derechos que otros y otras, como sujetos, ejercen sobre su cuerpo: Estado, iglesia, aparato judicial”. (Ciriza, 2007, p.314), concepción que refuerza la “irrelevancia de las mujeres como sujetos”.

Por su parte Tamayo (2001) también analiza estas dos caras del derecho. La autora señala las consecuencias positivas de situar los derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos en tanto posibilita, entre otras cosas, que las decisiones de los Estados se vuelvan objeto de observación desde esferas públicas. Al mismo tiempo, plantea una crítica a los discursos y demandas centrados solo en limitar el poder, en “no ser objeto de coerción o violencia”, ya que aunque constituyan avances, resultan insuficientes. Para la autora “no han servido para desmontar jerarquías que permiten la continuidad de políticas y prácticas abusivas, ni han sido útiles para acompañar el desafío de ampliar las capacidades y libertades humanas y extenderlas a todos” (Tamayo, 2001, p.15).

Asimismo señala el modo en que las conceptualizaciones más liberales de derechos, con su énfasis en el carácter objetivo y abstracto de los derechos, y otros discursos conservadores insisten en un vaciamiento subjetivo de los derechos, lo que termina implicando para las mujeres y otros actores sociales “la anulación de la condición de sujetos agentes que construyen valores, dan forma al universo simbólico y producen narraciones y prácticas sociales para el reconocimiento y protección de sus derechos” (Tamayo, 2001, p.21).

En este sentido el planteo de Tamayo también implica pensar en términos que trascienden las posiciones que sobrevaloran el derecho como garantía para erradicar la violencia y se centran en las demandas de protección frente a las posiciones más pesimistas que dudan que los

avances en términos de derechos tengan algún efecto real en la vida de las personas. Como expresa Tamayo

“trabajar sobre el marco de los derechos humanos implica actuar dentro de una arteria principal desde la cual fluyen significado y recursos para hacer más difícil vulnerar la libertad y la dignidad de las personas. En esa arteria principal, las personas que en el plano concreto sufren la privación de medios e intrusiones arbitrarias sobre su libertad, producen interpretaciones y participan en la elaboración de construcciones jurídicas e institucionales. Vale decir, no solo ejercen los derechos y libertades marcados por la línea avanzada, sino que se constituyen en agentes activos que crean y estimulan nuevos avances”. (Tamayo, 2001, p.22)

Precisamente, en la historia de los derechos sexuales y reproductivos, desde fines década del 60, han tenido un rol central el movimiento feminista y el movimiento homosexual en cuanto al planteo de demandas emancipatorias entendidas en términos no solo de liberación de privaciones o violencias sino fundamentalmente de acceso a libertades y experiencias de satisfacción, de recuperación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Estos movimientos implicaron el despliegue simultáneo de demandas organizadas en la agenda pública y la multiplicación de espacios grupales orientados a compartir experiencias en torno a su situación, sexualidad y corporalidad (Tamayo, 2001).

### ***La atención de la salud de las mujeres en relación al parto. Modelos y prácticas hegemónicas.***

Las herramientas teóricas y analíticas feministas contribuyen a comprender el modo en que el modelo hegemónico de atención de la salud ubica a las mujeres en el lugar de sujetos pasivos cuyos cuerpos y comportamientos en relación a la sexualidad y la maternidad son objeto de control y prescripción. La organización habitual de la atención de la salud de las mujeres en torno a los procesos de embarazo y nacimiento pone en evidencia la fuerza de los dispositivos de control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres todavía vigentes.

Los estudios sobre los cambios en los modos de atención del parto a lo largo de la historia de la humanidad han demostrado que lejos de reflejar un avance gradual producto de la evolución del conocimiento científico expresan los vaivenes del lugar de las mujeres en las distintas sociedades y culturas y de las políticas de control de la maternidad y la sexualidad (Ehrenreich y English, 1981; Knibiehler, 2001; Nari, 2004;). En el caso de la atención del parto existieron una variedad de prácticas a lo largo de la historia en las que pueden identificarse períodos en los que predominó el acompañamiento familiar, la solidaridad entre mujeres, y el saber en manos de parteras, y etapas en las que se desplazó y/o excluyó a las mujeres de este rol activo.<sup>1</sup> Como afirman Ehrenreich y English, los cambios en la atención del parto que se consolidaron con el desarrollo de la obstetricia y la medicalización, no reflejan entonces “una evolución natural” sino que implicaron un proceso activo de exclusión de las mujeres, de imposición del saber médico profesional sobre los saberes de las mujeres desvalorizados, reflejando una lucha política sexuada. (Ehrenreich y English, 1981).

En particular, el proceso de medicalización del parto ocurrido fines del siglo XIX y principios del siglo XX implicó no solo el desplazamiento del ámbito del hogar al hospital, sino que pasó a considerarse el parto como una enfermedad, las mujeres como pacientes y los médicos como los únicos profesionales legitimados para intervenir y controlar el proceso<sup>2</sup> En este

---

<sup>1</sup> Entre estas últimas, Ehrenreich y English señalan dos momentos fundamentales: “la persecución de las brujas en Europa medieval y el nacimiento de la profesión médica masculina en los Estados Unidos en el siglo XIX” (Ehrenreich y English, 1981, p. 20).

<sup>2</sup> Esta concepción medicalizada se impuso sobre la concepción tradicional del parto como proceso natural en el que las mujeres parían en sus casas acompañadas por familiares y parteras empíricas. Ver un análisis detallado

marco se legitimó el tratamiento del cuerpo de las mujeres como objeto de intervención médica y de control social y se produjo una pérdida de protagonismo y autonomía de las mujeres (Camacaro, 2009; Knibiehler, 2000).

Este sistema de atención al embarazo y al parto, hegemónico desde el siglo XX, se caracteriza por tratar a las embarazadas y púerperas como individuos pasivos, centrar la atención en los aspectos fisiológicos y relegar las necesidades emocionales. Diversas autoras han señalado las marcas patriarcales en este modelo de atención ya que en las representaciones y prácticas subyacen relaciones de poder y control sobre el cuerpo de las mujeres y el ejercicio de distintas formas de violencia. La estandarización de procedimientos rutinarios sin bases científicas (rasurado, canalización, inmovilización, posición dorsal de litotomía, episiotomía, etc.) es interpretada en este sentido por algunas autoras como rituales simbólicos en los que se concretiza el control y la subordinación de las mujeres (Fernández Castillo, 1994; Davis-Floyd, 2009).

En la actualidad, esta imposición del modelo biomédico y la mercantilización creciente del sistema de salud confluyen en la patologización del embarazo, el énfasis en la evitación del riesgo como justificación a la intervención médica excesiva (interfiriendo con los procesos fisiológicos y emocionales) y la priorización de los intereses de las instituciones médicas y los profesionales por encima de las necesidades y derechos de las mujeres y los recién nacidos.<sup>3</sup>

### ***El Movimiento de Humanización del Parto***

Como propuesta crítica y superadora de este modelo y de sus efectos iatrogénicos, durante las últimas décadas ha surgido lo que se denomina “Movimiento de Humanización del Parto”. En los orígenes y desarrollo de este movimiento pueden identificarse dos vertientes: por un lado la acumulación de evidencia científica sobre los efectos negativos de la excesiva medicalización y la evaluación positiva en investigaciones comparadas de prácticas que devuelven el protagonismo a las mujeres y sus familias e integran saberes y agentes de salud como parteras en la atención del parto. La otra vertiente proviene de la organización de redes locales, nacionales e internacionales (Red Relacahupan de América Latina y el Caribe, Brasil, Asociación El parto es nuestro de España, ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento de Brasil, Dando a Luz de Argentina, entre otras) que demandan por una atención respetuosa del parto y construyen espacios de información, organización y apoyo y desarrollan acciones políticas contra la violencia obstétrica y en demanda de derechos para las mujeres (Diniz, 2009).<sup>4</sup>

En la actualidad este movimiento involucra a distintos actores sociales: organismos internacionales dedicados al campo de la salud, profesionales de la salud críticos del sistema médico hegemónico, activistas feministas y organizaciones de mujeres, que cuestionan la violencia obstétrica y promueven la adopción de formas más respetadas de atención del parto (OMS, 1985; Diniz, 2001).

---

de cómo se dio este proceso en Argentina en Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires: Biblos.

<sup>3</sup> Uno de los efectos más visibles de la extensión de este modelo es el incremento continuo en las tasas de cesáreas (en mujeres sanas y partos de bajo riesgo) que se viene observando en diferentes países en las últimas décadas superando ampliamente las tasas de 10-15% establecidas por la OMS hasta alcanzar tasas de entre 30 y 80%. En Argentina, según la información de Estadísticas Vitales y del Sistema Informático Perinatal (SIP/SIP Gestión-2015) del Ministerio de Salud de la Nación, se observa un aumento sostenido en la tasa de nacimientos por cesárea, tanto en el sector público, donde ronda actualmente el 30%, como en el subsector de obras sociales, donde supera el 61%, presentando en ambos casos amplias variaciones entre jurisdicciones. En Brasil, uno de los países con tasas de cesáreas más altas de la región según la OMS, las tasas alcanzan el 50%, mientras que en instituciones privadas superan el 80%.

<sup>4</sup> La historiadora Karina Felitti (2011) reconstruye otros antecedentes de nuevos enfoques de atención del parto desarrollados desde mediados del siglo XX, entre los que se destacan los métodos denominados parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico y parto sin violencia.

Desde esta perspectiva, la atención humanizada del parto es definida como aquella que reconoce un rol activo y protagónico a la mujer respetando sus necesidades y su autonomía durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Se basa en una relación respetuosa entre los profesionales de la salud y las mujeres que garantice la posibilidad de ser informadas y participar en la toma de decisiones respetando sus necesidades emocionales, sus preferencias culturales además de la evidencia científica (Biurrun y Goberna, 2013).

El término “humanización” se contraponen a la tecnificación propia del modelo biomédico y remite a la necesidad de tratar a las mujeres como seres humanos reconociendo la importancia e interconexión de las dimensiones bio-psico-sociales es decir atendiendo de forma integral y holística tanto el bienestar físico como psicológico y social (Fernández del Castillo, 1994; David-Floyd, 2009).

La humanización del parto plantea como eje central el “empoderamiento” de las mujeres, promoviendo su participación activa y su autonomía para tomar decisiones sobre su propio cuidado (Biurrun y Goberna, 2013). El concepto de empoderamiento, es utilizado aquí en referencia al proceso de recuperar el control sobre las decisiones que afectan la propia vida y a una transformación de estructuras y relaciones de poder establecidas.<sup>5</sup> En esta línea los organismos internacionales como la O.M.S., han planteado la necesidad de modificar los modos predominantes de atención al parto. Las principales recomendaciones sobre las tecnologías apropiadas para el parto que este organismo ha elaborado se centran en la valoración del protagonismo de las mujeres en el parto y su derecho a recibir información y elegir libremente, la promoción del parto normal vaginal y la disminución de intervenciones innecesarias (entre ellas particularmente la episiotomía y las cesáreas), la revalorización del rol central de parteras y comadronas en la atención del parto normal, la promoción del bienestar de la madre el apoyo emocional de la parturienta por parte del equipo de salud y el acompañamiento permanente por parte de un familiar, la permanencia del recién nacido junto a su madre y la promoción de la lactancia materna inmediata (OMS, 1985). En muchos países, los organismos encargados de la salud pública han generado manuales de atención del parto normal basado en estas premisas -introduciendo el enfoque de género y de derechos- y se han sancionado legislaciones nacionales orientadas a establecer los derechos de las mujeres y sus familias en estos procesos.<sup>6</sup>

Sin embargo, diversos estudios muestran la distancia entre los cambios propuestos en las recomendaciones internacionales o los nuevos protocolos escritos y las prácticas y experiencias reales. En la mayoría de las instituciones de salud continúan vigentes muchas de

---

<sup>5</sup> En sentido similar al utilizado por las teóricas feministas se refiere a un proceso de transformación en la condición y posición de las mujeres en relación al poder, implica la transformación de las relaciones asimétricas en que se ven inmersas en distintos escenarios y la recuperación del propio potencial, de su propio poder para decidir y hacer (León, 2000).

<sup>6</sup> En Argentina, en particular, en 2004 se aprobó la Ley N° 25.929 “Derechos de padres e hijos durante el nacimiento”, conocida como Ley de Parto Humanizado, que reconoce entre otros los derechos de las mujeres a recibir un trato respetuoso durante el embarazo, parto y postparto y su derecho a tomar decisiones informadas durante este proceso. Asimismo en la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, promulgada en el año 2009 en su artículo 6 inciso e, se definió la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. El Ministerio de Salud Argentina elaboró la *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*,. 1ª. Ed. 2004. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Para ampliar sobre los avances normativos y de salud pública en otros países latinoamericanos ver por ejemplo los trabajos de Diniz (2001) y Tornquist (2004) en Brasil y de Magnone Alemán, N. (2010) en Uruguay entre otras.

las prácticas desalentadas por las guías elaboradas por los organismos oficiales. Diversos estudios que han indagado sobre las experiencias de mujeres de distintos sectores sociales en torno al nacimiento muestran que muchas mujeres continúan siendo sometidas a diversas prácticas iatrogénicas y a maltrato durante la atención del embarazo y el proceso del parto. (Diniz, 2001; Chiarotti, 2003; Rostagnol, 2006; Canevari, 2011).

Estos estudios revelan la persistencia en las instituciones de salud de prácticas rutinarias sin fundamento: el rasurado, la canalización, la administración de oxitocina sintética, la inmovilización, la posición dorsal de litotomía, la realización de forma rutinaria de intervenciones como la episiotomía desalentadas por la evidencia científica, y el incremento del número de cesáreas a tal punto que la misma OMS lo ha denominado como “epidemia”. Asimismo aparece como habitual la falta de información y limitación de la participación de las mujeres en las decisiones, el trato verbal poco respetuoso o humillante, la violación de la intimidad, la falta de apoyo emocional, la restricción del acompañamiento de los familiares durante el trabajo de parto, la separación del recién nacido y la obstaculización del inicio inmediato de la lactancia. Desde la perspectiva de derechos se ha señalado que todas estas prácticas configuran una clara violación de los derechos humanos y una expresión de la violencia hacia las mujeres, a la que se denomina violencia obstétrica (Diniz, 2001; Chiarotti, 2003; Rostagnol, 2006; Canevari, 2011).

### ***Del discurso a la acción***

Desde el Movimiento de Humanización del Parto se vienen desarrollando una variedad de acciones orientadas a transformar estos modelos de atención del embarazo y el parto. El fortalecimiento de la organización de redes locales, nacionales e internacionales implica la construcción de espacios de información, organización y apoyo y el desarrollo de acciones políticas contra la violencia obstétrica y en demanda de derechos para las mujeres. Por un lado se plantean demandas hacia las instituciones y profesionales de salud para que respeten los procesos fisiológicos y emocionales y disminuyan el intervencionismo médico adecuándose a las nuevas normativas y recomendaciones sobre la atención del embarazo y el parto. Simultáneamente numerosos colectivos integrantes del movimiento promueven y desarrollan una variedad de prácticas alternativas de atención del parto fuera del sistema médico hegemónico. Estas iniciativas tienen como eje central el empoderamiento, promoviendo una revalorización de las mujeres, de su capacidad de elegir y decidir y una visión positiva del cuerpo, de la sexualidad y la experiencia femenina, contrapuesta a la concepción impuesta por el modelo biomédico de la obstetricia. Esto implica una reivindicación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y un empoderamiento a través de la información sobre los procesos naturales y las opciones de atención y una crítica de la violencia obstétrica (Tornquist, 2002).

En esta línea se multiplican experiencias de construcción de redes de comunicación entre mujeres para la búsqueda de profesionales respetuosos y nacimientos respetados y se desarrollan una variedad de prácticas alternativas al modelo hegemónico de atención del parto tales como la elección de parteras como guías en el parto, la incorporación de nuevos roles como el de las doulas, la participación en grupos de gestantes y preparación para el parto que promueven “el embarazo y la maternidad consciente” y la opción del parto domiciliario. (Fernández del Castillo, 1994; Davis-Floyd, 2009; Fornes, 2011).

En nuestro medio, desde hace algunos años, comenzó a construirse un colectivo de este tipo, que finalmente se autodenominó como grupo “Mujeres por un parto respetado Córdoba” en el que participan mujeres que comparten la expectativa de generar cambios en la atención y vivencias del embarazo, el parto y el puerperio. Sus integrantes realizan acciones colectivas públicas con el fin de difundir derechos, y exigir su cumplimiento, intercambiar información y experiencias, y generar prácticas basadas en la libertad de elegir y decidir (Mujeres por un

parto respetado, 2014). . A través de espacios de intercambio virtuales como los grupos de Facebook y presenciales como los grupos de preparación para el parto promueven la difusión de información y experiencias, la desnaturalización de prácticas rutinarias e intervenciones innecesarias, el apoyo entre pares, y difunden los derechos de las mujeres y los recién nacidos (poco difundidos por otras vías). Asimismo utilizan los espacios para informar y promover el reconocimiento y respeto de una variedad de modos de vivir el embarazo, el parto y la maternidad y comparten la búsqueda de alternativas para la atención del parto. Si bien estas prácticas no pueden considerarse tendencias representativas cuantitativamente visibilizan la existencia de prácticas alternativas a los modelos hegemónicos en el campo de la salud.

### ***Vías para pensar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en torno al parto***

Para comprender los obstáculos y avances para la efectiva transformación de las prácticas de atención del parto es necesario situar entonces el análisis en el contexto más amplio de los derechos de las mujeres y de los discursos y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva y reconocer las tensiones entre discursos y prácticas.

Retomando los aportes de Ciriza, podemos por ejemplo pensar las tensiones entre los derechos enunciados en la Ley argentina de Parto Humanizado y la realidad que limita las posibilidades de ejercer derechos para las mujeres en función de las relaciones jerárquicas institucionalizadas, de los modos de atención atravesados por lógicas patriarcales y mercantilistas y de las posiciones de clase-etnia. El desafío muchas veces planteado es encontrar los modos de garantizar para todas las mujeres el ejercicio de sus derechos, consagrado en forma abstracta en la ley, pero que en la realidad depende de diferencias y desigualdades concretas existentes en el orden social vigente (asimetrías de género, de clase, y entre médico-paciente) que limitan las posibilidades de elegir y establecer acuerdos como sujetos libres y autónomos.

Aun con estas contradicciones y paradojas que implica el derecho, es posible pensar que continúa siendo relevante para las feministas y para los movimientos de parto humanizado continuar demandando por la efectiva aplicación de lo reglamentado, utilizándolo como una herramienta o plataforma, aunque no la única ni la definitiva, para limitar la violencia hacia las mujeres en el ámbito de los procesos reproductivos y avanzar hacia el pleno ejercicio de las libertades de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos. A la vez, es necesario reconocer los límites del derecho abstracto que, atravesado por lógicas liberales, invisibiliza las diferencias materiales. Esto requiere poner el foco en el modo en que las mujeres concretas, en las condiciones actuales, pueden acceder efectivamente a ejercer sus derechos y vivir experiencias de embarazo y parto libres de violencia.

También resulta fundamental visibilizar y comprender el modo en que los discursos médicos vigentes y las prácticas institucionales reproducen o transforman cotidianamente estas concepciones y prácticas hegemónicas que continúan situando a las mujeres en una posición subordinada y pasiva, y ejerciendo controles e intervenciones abusivas sobre sus cuerpos que violentan su integridad y restringen su autonomía.

Es necesario además avanzar en el reconocimiento de las mujeres como actores con la capacidad de reapropiarse de las concepciones culturales sobre sus cuerpos y de participar en la definición de los modos de atención de la salud, visibilizando la multiplicidad de estrategias más o menos explícitas que construyen individual y colectivamente para resistir o transformar las concepciones y prácticas hegemónicas.

Por otro lado, algunas autoras (Tornquist, 2002; Fornes, 2011; Felitti, 2011) han señalado, desde una perspectiva crítica feminista, las paradojas y/o tensiones que surgen en los procesos colectivos en demanda de la humanización del parto. Algunas versiones del discurso de humanización del parto sustentan sus demandas de protagonismo de las mujeres en ciertas categorías como la de “instinto materno” y la “naturaleza maternal de las mujeres”

reproduciendo aparentemente en nuevos contextos una visión esencialista de las mujeres (Tornquist, 2002; Fornes, 2011). Asimismo, promueven una forma de ejercicio de la “maternidad intensiva” criticada por las teóricas feministas en tanto contribuiría a reforzar las exigencias del tradicional ideal maternal e implicaría una limitación al desarrollo y al acceso a iguales oportunidades sociales para las mujeres (Badinter, 2010). A pesar de esto, como señala Felitti (2011), aun con los riesgos de que estas argumentaciones parezcan reforzar el rol maternal tradicional o ser utilizados por grupos anti-derechos reproductivos, es necesario reconocer que el parto (y la maternidad) es un evento central en la vida de muchas mujeres y que es indispensable incluir en la agenda feminista los derechos de las mujeres en torno a él. Al mismo tiempo es innegable que los discursos y prácticas construidos en los procesos de lucha por la humanización del parto implican un empoderamiento de las mujeres, generan acciones políticas para el reconocimiento de derechos, promueven la recuperación de saberes y producen cambios positivos en la calidad de vida de las mujeres, particularmente en un contexto que estaba marcado por la violencia obstétrica. La complejidad de estos procesos desafía a seguir ampliando los marcos de análisis y contribuyendo desde las herramientas feministas a reflexionar sobre las tensiones y contradicciones entre discursos y prácticas. Las vías de análisis pueden verse enriquecidas con la recuperación crítica de experiencias emergentes de resistencia en la que se vislumbra un potencial en cuanto al ejercicio de la ciudadanía y al avance en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres.

### *Bibliografía*

- Badinter, Elizabeth. (2010, abril 30) Contra la tiranía de la madre perfecta. Entrevista publicada en *Revista Ñ*. Recuperado de: [http://edant.revistaencl.clarin.com/notas/2010/04/30/\\_-02189856.htm](http://edant.revistaencl.clarin.com/notas/2010/04/30/_-02189856.htm)
- Camacaro Cuevas, Marbella. (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...impronta de la praxis obstétrica. *Rev. Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32) 147-162.
- Canevari Bledel, Cecilia. (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Chiarotti, Susana.; García Jurado, A.; Aucía, A. y Armichiardi, S. (2003) *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR – CLADEM.
- Ciriza, Alejandra (2007). En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir. En Hoyos Vásquez, Guillermo *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. Buenos Aires: CLACSO.
- Davis Floyd, Robbie. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Fundación Creavida.
- Diniz, Simone. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tesis de doctorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Diniz, Simone. (2009). Entrevista publicada en *Coletiva*, 9. Recuperado de: [http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=127&Itemid=74](http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=127&Itemid=74)
- Ehrenreich, Barbara y English, Deidre. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Barcelona: La Sal.
- Federici, Silvia (2004) *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 2a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2015.
- 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*, 18, supl.1, dez. 2011, p.113-129.



- Fernández del Castillo, Isabel. (1994). *La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático*. Madrid: EDAF.
- Fornes, Valeria. (2011). Parirás con poder... (pero en tu casa). En Felitti, K. (coord.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. (133-153). Buenos Aires: Ciccus.
- Knibiehler, Yvone. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Magnone Alemán, Natalia. (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. (Tesis de Maestría en Sociología). Universidad de la República. Montevideo.
- Ministerio de Salud Argentina. (2010). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Aprobado por Resolución Ministerial N° 647, del 5 de diciembre de 2003, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por Resolución (MS y AS) N° 149, del 1 de junio de 1993. 1ª. Ed. 2004. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Nari, Marcela. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- Organización Mundial de la Salud. (1985) Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* , 2:436-437. Traducción ACPAMOMS
- Rostagnol, Susana; Viera, Mariana (2006). Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. En Checa, Susana (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, pp. 299-317
- Tamayo, Giulia (2001) *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán".
- Tornquist, Carmen. (2002) Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no Ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, 10(2), 483-492.
- Tornquist, Carmen. (2004). Parto e poder: o momento pela humanização do parto no Brasil. (Tesis de Doctorado en Antropología Social). Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis.