



El poder de parir está en tensión

BELÉN CASTRILLO (CIMECS/IDIHCS/UNLP/CONICET)
19 DE MAYO DE 2019

Un parto respetado es aquél en el cual se respetan los derechos, necesidades y deseos de las mujeres y de los/as recién nacidos/as. Cada mayo, desde 2003, se realiza la Semana Mundial por el Parto Respetado, en la que se propone un lema para discutir, pensar y, básicamente, deconstruir y cuestionar la atención dominante de los nacimientos: intervencionista y medicalizada. “El poder de parir está en vos” es la consigna a discutir este año, y como socióloga presento en estas líneas algunas reflexiones para pensar de qué modos ese lema encierra disputas generales y socio-simbólicas mayores, que se pierden en cierto reduccionismo voluntarista, y no ve constricciones estructurales.

El parto se ha convertido históricamente en un evento médico a partir de la profesionalización de su atención (que pasó de manos de parteras a médicos obstetras) y su institucionalización (trasladándose de los hogares a los hospitales e instituciones de salud). Esta medicalización creciente de los nacimientos fue acompañada por una excesiva intervención médica, que lo alejó del proceso fisiológico, privado, social y cultural primal, para consolidarlo como un evento patológico que requiere atención médica especializada y la aplicación de prácticas rutinarias sobre los cuerpos de las mujeres gestantes y los/as recién nacidos/as. La reproducción de este modelo intervencionista de atención fue posible gracias a la construcción, mediante la socialización médica, de mitos obstétricos que tienden a presentar el parto como un proceso eminentemente patológico que exige la intervención médica. De este modo, el control y mando decisorio sobre el proceso reproductivo pasó de las mujeres a los/as profesionales y, principalmente, a las instituciones médicas que gestionan los tiempos del parto y lo someten a una multiplicidad de reglas externas.

En este marco, hace más de 35 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó a revisar la atención de los nacimientos, estableciendo índices ideales de cesáreas, inducciones y episiotomías (10-10-10%), para proponer una atención más fisiológica. Estas normativas internacionales y los llamados incesantes del activismo feminista para desmedicalizar los nacimientos, condensaron en Argentina en la “ley de parto respetado” de 2004, que estableció los derechos de las mujeres durante la atención del proceso perinatal. Asistimos, entonces, a un proceso de transición entre modelos de asistencia obstétrica que implican una serie de rupturas, tensiones, disputas y revisiones. Por ello, la construcción de este problema social en objeto de estudio sociológico implica considerar diversos procesos, actores y relaciones: los derechos sexuales y reproductivos, la violencia obstétrica, la política de humanización con enfoque de género y derechos, la revisión de prácticas médicas y, finalmente, las experiencias de los actores principales: mujeres-madres, varones-padres,¹ profesionales médicos, instituciones de salud y Estado. En mi caso particular, dicha construcción sociológica de la problemática devino en una tesis doctoral pronta a defenderse.

1 En mi tesis hice un recorte a parejas heteroparentales, por eso hablo en estos términos binarios y, probablemente, reduccionistas, y no me refiero a “personas gestantes” porque me apego a la definición legal de violencia contra “las mujeres”. En ambos casos se trata de decisiones políticas y epistemológicas arbitrarias, que aceptan el sesgo que pueden producir.

En primer lugar entonces, hay que considerar que frente al exceso de intervencionismo médico, se plantea lo que llamo una “política de humanización”, que se asienta en dos ejes: la garantía de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la revisión de prácticas médicas. En Argentina, contamos con dos leyes que establecen el marco-legal normativo para la explicitación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención del parto: se trata de dos instrumentos de avanzada, que en lo discursivo proponen abordar la atención obstétrica desde un enfoque de género y derechos humanos.

La Ley N° 25929 “De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, sancionada en 2004 y reglamentada en 2015, establece los derechos de las mujeres y sus familias a estar acompañadas por la persona que deseen en el parto (sea vaginal o cesárea); a elegir la posición para parir; a que no las separen de sus bebés ni bien nacen (pueden medirlo y pesarlo dos horas después); a tener un parto natural y respetuoso de los tiempos (eliminando las *deadlines* que suponen que el desencadenamiento del parto es una decisión voluntaria y desconocen que hasta la semana 42 podemos nacer en buenos términos); a que las informen de la evolución de sus procesos reproductivos para decidir informadamente a qué se quieren someter. Se trata de recuperar la autonomía sobre los propios cuerpos durante los nacimientos de sus hijos/as.

En paralelo y cinco años después la Ley N° 26485 “De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (conocida popularmente como “ley de violencia de género”) tipifica la violencia obstétrica como una de las seis modalidades de violencia contra las mujeres. Sancionada y reglamentada en 2009, define la violencia obstétrica como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”*. Lo que implica el final de la definición es que se establece un entramado normativo por el cual la vulneración de los derechos que establece la primera ley, implica en sí mismo violencia obstétrica. Pero más allá de esta definición objetiva, legal y externa, una de las conclusiones a las que arribé en mi tesis doctoral es que aún no hay una apropiación subjetiva, por lo que la autoidentificación de las mujeres como víctimas de este tipo de violencia aún no se ha generalizado. Esto por varias razones: porque se trata de deconstruir la relación de autoridad, confianza,

saber y poder médico-paciente; porque implica a su vez deconstruir los mitos obstétricos que hemos internalizado hasta por las películas y que tienden a establecer el absoluto control médico del proceso de parto; y porque se trata de una violencia asentada en una doble relación de poder asimétrica (de género y médico-paciente) que la (re)produce, naturaliza e invisibiliza. Asimismo porque la definición legal tiene lo que llamo un componente evidente/visible que es el maltrato o trato deshumanizado (el clásico “si te gustó, bántatela”), que es más advertible; y otro componente que nomino “sutil”, y se asienta en las intervenciones médicas innecesarias. ¿Cómo podemos pensar que esa vía, esa episiotomía o esa droga que nos puso nuestro/a médico/a de confianza, en realidad no era necesaria? ¿De qué modos podríamos saber que esas intervenciones justamente intervienen el proceso fisiológico y por ello lo vuelven más doloroso, traumático y requieren a su vez de más intervenciones? ¿Qué relatos de partos placenteros, fisiológicos y “naturales” tenemos disponibles a nuestro alrededor? Estas preguntas se responden con una sola palabra: información. Información de los derechos que tenemos, de cómo son los procesos reproductivos fisiológicos (el proceso hormonal y las condiciones para que se desencadene) y de todas las opciones que podemos exigir en nuestra atención obstétrica. Es justamente esa información la que se medicalizó, monopolizó y volvió dominio y capital médico con el proceso que inició a fines del siglo XIX, cuando las parteras empíricas salieron de escena (o fueron expulsadas, mejor dicho). Y es esa información el núcleo de disputa política y cultural que desde el activismo y la academia llevamos adelante.

En este sentido, si bien tenemos un mapa normativo que establece los derechos de las mujeres y las obligaciones de las instituciones de salud y los/as profesionales que asisten partos, es necesario que se revisen y modifiquen las prácticas médicas que se han rutinizado y establecido como “normales” en la atención de los nacimientos. Por ello a partir de la apelación a la medicina basada en la evidencia, hace décadas se establecieron parámetros para aconsejar y desaconsejar determinadas prácticas que se realizan sobre los cuerpos de las mujeres y sobre el propio proceso reproductivo en forma estandarizada y rutinaria. Los expongo en el siguiente cuadro.

Período del parto ²	Prácticas Aconsejadas	Prácticas Desaconsejadas
DILATANTE	Manejo activo del trabajo de parto Acompañamiento y apoyo psicofísico Ingesta de líquidos y alimentos Analgésia no farmacológica Monitoreo fetal intermitente Libre de ambulación Elección de posición Partograma	Venoclis (vía) Enema Rasurado púbico Medicación e inducción con oxitocina Monitoreo fetal continuo Tactos frecuentes Amniotomía (rotura artificial de membranas)
EXPULSIVO	- Acompañamiento y apoyo psicofísico - Ambientación de sala de parto: cálida y aséptica - Elección de posición - Pujo espontáneo - Criterio conservador, expectante y fisiológico - Recurrencia a saberes de curso parto - Clampeo tardío del cordón - Contacto piel a piel (COPAP) y no separación de madre-recién nacido	Episiotomía de rutina Pujo dirigido Cateterización vertical Maniobra de kristeller Más de una hora de expulsivo. Rutinización de cesáreas
ALUMBRAMIENTO	- Manejo activo del alumbramiento ³ (administración de oxitocina para acelerar la expulsión de la placenta). - Examen de membranas y placenta - Procedimientos de rutina al RN	Manejo fisiológico del alumbramiento (respeto del tiempo fisiológico de expulsión de la placenta).

Elaboración propia en base a Guías de los Ministerios de salud provincial y nacional y recomendaciones de la OPS-OMS

Presentar este cuadro es también una apuesta por democratizar la información disponible. Saber que el entramado normativo vigente en nuestro país busca desmedicalizar la atención obstétrica, nos lleva a preguntarnos por qué esto no se ve reflejado en la cotidianidad de los nacimientos. Y en ese punto es importante dar cuenta de ciertas relaciones de poder que atraviesan la práctica profesional médica, como las tensiones al interior del campo y de disputas de incumbencia (parteras, obstetras, enfermeros/as, neonatólogos/as), las múltiples jerarquías institucionales (jefes/as de servicio, jefes/as de sala, residentes, instructores/as de residencia, jefes/as de guardia) y las tensiones con el

2 El parto supone tres sub-períodos: el de dilatación (conocido como trabajo de parto), el expulsivo (el momento propio del parto/nacimiento) y el de alumbramiento (en el que se expulsa la placenta y concluye el parto).

3 Aunque parezca paradójica la propuesta, incluso en el modelo humanista se propone realizar un manejo activo del alumbramiento, dado que la primera causa de mortalidad materna es la hemorragia posparto y se recurre a la medicalización justamente para bajar esos índices.

Ministerio de Salud y las instituciones de formación médica que imponen su impronta. En este marco, en la tesis establezco cómo cada profesional entrevistado/a a la hora de describir quiénes sostienen el modelo intervencionista, tienden a tirar la pelota de un lado a otro marcando disputas de responsabilidades. Y, por supuesto, estableciendo la tríada de dificultades infraestructurales, condiciones de trabajo y falta de capacitaciones para explicar la brecha entre las normas y la realidad.

Junto a estos actores y relaciones, en mi tesis incluí el estudio de las experiencias de las mujeres-madres y los varones-padres (porque recorté el estudio a parejas heteroparentales) y en ellas ratifiqué la consolidación de la socialización médica que tiende a una entrega y pérdida de autonomía de las mujeres durante la atención obstétrica. Sin embargo, y como apuesta central de la tesis, capté los grises entre los dos paradigmas de atención extremos (intervencionista y respetado) y pude exponer cómo en una misma ciudad (La Plata) conviven distintos modelos y ámbitos de atención, con experiencias más placenteras, con contradicciones, tensiones y disputas, propias de un proceso de transición hacia una atención más humanizada. Así, pude observar que en la atención pública se sigue experimentando sobre los cuerpos cautivos de las mujeres pobres, que tienen que “bancarse” que diez residentes les realicen tactos o que les realicen episiotomías (en un 90% en el caso de las primerizas) para que los que se están formando puedan practicar las técnicas de sutura. Y en el mismo sentido al no haber una atención personalizada, las mujeres se someten a cierto azar en el modelo que cada profesional dispone: las guardias de los jueves son amigables entonces “te dejan” que entre tu marido, pero el de los lunes es “cesarista”. Esta falta de una bajada de línea general hacia el paradigma humanizador es constante y describe la brecha normativa-realidad. En paralelo, en el sector privado los índices de cesáreas superan el 80%, lo que implica que no solo se supera el 10-15% que propone la OMS como tope, sino que supone que los cuerpos de 8 de cada 10 mujeres no están preparados para parir. Por supuesto que tras esto hay necesidades institucionales (ingresos por más noches de hotelería, ingresos por anestesiología, ingresos por neonatología) pero también reflejan la demanda de una parte grande de la población femenina que, socializadas en los mitos obstétricos que suponen que los partos son terribles, tienden a preferir evitar esa experiencia y programarse partos quirúrgicos.

Sin lugar a dudas las cesáreas son una herramienta importantísima para la atención obstétrica, pero deberían limitarse a los embarazos de alto riesgo y a su realización intraparto, es decir, una vez desencadenado el proceso hormonal complejo del trabajo de parto, que supone que el/la bebé está *listo/a para nacer*. Adelantar ese proceso e intervenirlo tiene consecuencias para los/as bebés, su adaptación, el amamantamiento y su estado de salud general, naciendo estresados, con menor peso y en condiciones poco fisiológicas. La OMS decretó la epidemia de cesáreas hace unos años, porque se desvían del ideal 10-10-10 de la atención obstétrica respetuosa: 10% de inducciones, 10% de cesáreas y 10% de episiotomías. En los seis años que duró mi estudio (2013-2019) las cesáreas en la atención pública de La Plata aumentaron de 21% a 32% en promedio. Y en 2015 se reglamentó la ley de parto respetado, por lo que cada vez entendemos más claramente no solo que el poder de parir no está en nosotras, sino que hay que atender a las constricciones estructurales para que esto se modifique.

Por ello, establecidos entonces los ejes que hacen al tránsito hacia la humanización, es preciso establecer que este cambio implica una transformación de la concepción del proceso reproductivo, de la relación médico-paciente, de la participación de los/as profesionales de la salud y, principalmente, del rol de las mujeres en su salud reproductiva y en la sociedad en general. Estamos hablando de una violencia contra las mujeres completamente naturalizada e invisibilizada. Para transformar esta realidad, serán necesarias mayores acciones políticas en salud, capacitaciones a los/as profesionales, intervención en la formación médica, cambios de percepción en la formación de grado y en las residencias, la inclusión de estos temas en una educación sexual integral real, y la difusión, visibilización y garantía de los derechos humanos de las mujeres, para conseguir una ciudadanía reproductiva plena. Solo una vez que abordemos multifactorialmente el fenómeno, el poder de parir volverá a nosotras.