

## **“De mujeres a mujeres: información sobre parto respetado”. Construcción participativa de un material para la promoción de derechos**

**Lucía Reano** | lureano@hotmail.com

*Estudiante de antropología, Facultad de Filosofía y Humanidades, UNC.*

**Valeria Nicora** | vnicora@hotmail.com

*Docente Investigadora, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UNC.*

### **Resumen**

En esta producción nos proponemos reflexionar a partir de una experiencia cuyo núcleo central se encuentra en el proceso de elaboración de una cartilla con información relativa al parto, en el marco de la Ley N° 25.929. La cartilla es *producto* de un proyecto de beca BITS (Becas de Innovación Tecnológica Socio-productiva), donde se conjuga una impronta extensionista complementada con tareas de investigación. Consideramos relevante compartir los aprendizajes del encuentro participativo y colectivo en la construcción de este dispositivo, dando cuenta del entramado de conocimientos y saberes académicos, asistenciales y territoriales, puestos en juego entre los diferentes actores involucrados: estudiantes y docentes inscriptos en dos unidades académicas de la UNC, profesionales de dos Centros de Salud de la municipalidad de Córdoba, y mujeres que asisten a estos efectores para los controles pre y post parto ¿Cómo identificaríamos, si no era en conjunto con ellas, esa información relevante e importante en la promoción de derechos?

El enfoque del trabajo recupera la responsabilidad de la Universidad pública en generar instancias deliberativas entre actores diversos, incorporando aquellas/os que, en general, no son oídos y para quienes no se construye información de calidad, situada y contextualizada a sus diversidades y condiciones materiales o simbólicas de vida. Escuchando a las mujeres pudimos reconocer que la “violencia obstétrica” se encuentra naturalizada y que la aplicación de la ley continúa siendo un campo en disputa. Entonces, el proyecto propone una herramienta para apoyar a las mujeres en sus procesos individuales y de organización colectiva en relación al ejercicio de los derechos reproductivos. A partir de informaciones y conocimientos específicos (fisiología del parto, falsas creencias, recomendaciones, derechos, intervenciones y términos médicos) buscamos incidir en la toma de decisiones con mayor confianza y autonomía, ampliando las experiencias de protagonismo por parte de las mujeres.

**Palabras clave:** Parto respetado - Metodología participativa - Comunicación en salud y derechos - Mujeres

### **Resumo**

Nesta produção, propomos refletir a partir de uma experiência de elaboração de um material com informação sobre o parto, no âmbito da Lei 25.929. O material é o produto de um projeto de bolsa BITS (Bolsa de Inovação Tecnológica Sócio-produtiva), onde conjugasse seu caráter extensionista com tarefas de pesquisa. Consideramos relevante compartilhar a aprendizagem do encontro participativo e coletivo na construção do dispositivo final, dando conta do tecido diverso de conhecimentos e saberes acadêmicos, assistenciais e territoriais, que colocaram os diferentes atores envolvidos: estudantes e professores de duas unidades acadêmicas da UNC, profissionais de dois centros de saúde públicos de Córdoba, e mulheres que atendem esses efetores para controles pré e pós-parto. Como identificar se não em conjunto com elas, àquela informação relevante e importante na promoção de direitos?

A abordagem do trabalho recupera a responsabilidade da universidade pública para gerar instâncias deliberativas entre atores diversos, incorporando aqueles que geralmente não são ouvidos e para quem não é construída informação de qualidade, localizada e contextualizada na sua diversidade de condições materiais ou simbólicas da vida. Ouvindo as mulheres, reconhecemos que a “violência obstétrica” é naturalizada e continua a ser um campo em disputa na aplicação da lei. O projeto propõe-se como uma ferramenta para apoiar as mulheres em seus processos de organização individual e coletiva em relação ao exercício dos direitos reprodutivos. Ao fornecer informações e conhecimentos específicos (fisiologia do parto, falsas crenças, recomendações, direitos, intervenções e termos médicos), procuramos influenciar a tomada de decisões com maior confiança e autonomia, ampliando as experiências de protagonismo por parte das mulheres.

**Palavras chave:** Parto respeitado - Metodologia participativa - Comunicação em saúde e direitos - Mulheres

### **Situando la experiencia**

En estas páginas hablaremos sobre el proceso de construcción de un material de uso libre que es el resultado final de un año de trabajo con personas involucradas de diferentes maneras, en relación a los partos. La cartilla “De mujeres a mujeres: información sobre parto respetado” es el producto final de una beca BITS (Becas de Innovación Tecnológica Socio-productiva de la UNC) que desarrollamos de manera participativa y situada, en dos territorios de la ciudad de Córdoba durante el período que va de junio del 2016 a junio de 2017.

El proyecto estuvo orientado por dos amplios objetivos, por un lado, contribuir a la crítica y transformación de las estructuras y prácticas que reproducen la *violencia obstétrica*<sup>1</sup>, entendida ésta como un tipo de violencia de género. Y por el otro, difundir y colaborar con los procesos efectivos de implementación de la Ley N°25929 (conocida como ley de Parto Respetado).

Es nuestra intención poder compartir esta experiencia de construcción colectiva del dispositivo *cartilla* que involucró a dos instituciones académicas (Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Filosofía y Humanidades de la UNC), a dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)<sup>2</sup>, a especialistas médicos en el tema y a mujeres que nos dieron la posibilidad de conocer sus vivencias y reflexiones en torno al parto.



**Dibujo de la primera página de la cartilla**  
**“De mujeres a mujeres: información sobre parto respetado”**

<sup>1</sup> Entendida según la Ley N°26.485 de Protección integral a las mujeres, 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” (art. 6, inc. e).

<sup>2</sup> Es la denominación que reciben oficialmente los efectores del primer nivel de salud dependientes de la Municipalidad de Córdoba. Los pobladores de los barrios los conocen como “dispensarios” o “centros de salud”.

El equipo albergó diversas procedencias disciplinares (Antropología, Trabajo Social, Ciencias Médicas, Comunicación Social) y asimismo conjugó el trabajo de estudiantes, docentes de la UNC, diseñadores, dibujante, trabajadoras/es de la salud que se desempeñan con una mirada de derecho en los Centros de salud implicados, mujeres organizadas de barrios populares de la ciudad de Córdoba, mujeres organizadas en la lucha por el cumplimiento de la Ley N°25929.

Este colectivo de personas se fue anudando en la tarea de una manera artesanal -como interpretamos al trabajo en salud<sup>3</sup> - tomando mayor protagonismo unos actores u otros, de acuerdo a los diferentes momentos del proceso.

Hay conocimientos y saberes académicos, médicos, militantes y estatales en torno a la atención al parto y nacimiento, que es necesario revisar desde la perspectiva de las mujeres, para que en ese momento puedan ser protagonistas plenas, tomar decisiones e identificar situaciones que requieren (o no) de intervención médica específica. Es nuestro horizonte que las prácticas del sistema de salud compatibilicen con los derechos consagrados. A once años de la promulgación de la Ley N°25929 y su reciente reglamentación, los procesos de cambio en las instituciones son nulos o escasos, y los niveles de violencia obstétrica van en aumento.

Sintetizando, en el trabajo colaborativo fueron fundamentales los aportes diferenciales de expertos académicos, expertos en la intervención de salud y expertas en el conocimiento de sus propios cuerpos gestantes<sup>4</sup>, en este diálogo de *expertos* se propició transitar la experiencia.

### **Supuestos extensionistas en juego**

Entendemos la extensión universitaria en un sentido amplio, involucrada en los más diversos aspectos de vinculación con la sociedad, no en un sentido unidireccional, no solamente transfiriendo, previniendo, capacitando o comunicando, o en un *extender la universidad* o hacer llegar el conocimiento producido dentro de ella a la comunidad. Más bien consideramos que toda vinculación extensionista implica un encuentro entre saberes distintos y equivalentes, en tanto se da entre actores sociales diversos, entre realidades que

---

<sup>3</sup> “Al trabajo en salud lo consideramos artesanal por diversas razones: hacerse a escala reducida; utilizar herramientas simples la mayor parte del tiempo; trabajar de manera individual o en pequeños grupos, independientemente del tamaño de la organización que los contenga; tener aprendices a los cuales van enseñando el trabajo; cada paciente es único e irrepetible y utilizar en el proceso de atención las manos, el cerebro, y/o los sentimientos mediados por el lenguaje verbal y no verbal; y fundamentalmente porque el trabajo hecho de esta manera aún no ha podido ser superado por ninguna máquina” (Spinelli; 2015:2005) .

<sup>4</sup> Ma. Luz Esteban (2003:6) en relación a la función de cuidado refiere “[...] en la mayoría de estudios y discursos al respecto no se les confiere a las mujeres el mismo estatus ‘profesional’ que tienen otros colectivos relacionados con la atención a la salud, como el personal médico-sanitario o los trabajadores de servicios sociales, que son considerados los ‘expertos’”.

coexisten generando conocimientos situados y contextuales específicos, todos igualmente válidos y necesarios.

Esta idea de diálogo que venimos mencionando “nos ubica en un posicionamiento bi y/o multidimensional, en el reconocimiento y valorización tanto de la igualdad como de la diferencia de saberes (saber científico-humanístico y saber popular-social) necesario para refundar la relación Universidad-Sociedad”<sup>5</sup>. Por eso, aspiramos a que esos encuentros con las mujeres se dieran de la manera más simétrica u horizontal posible, o por lo menos intentamos no direccionar respuestas, reflexiones o decisiones.

Reconociendo la legitimidad que puede tener nuestro discurso y la posición que ocupamos como personas formadas en la universidad, pusimos gran énfasis en generar espacios y formas de vinculación con las mujeres (fundamentalmente), en las que propiciáramos el diálogo, la reflexión conjunta, y una escucha activa por parte nuestra.

Un ejercicio constante fue reconocer nuestras ideas previas como estrategia para alejar los posibles condicionamientos en los vínculos con las mujeres (por ejemplo, generar que, finalmente, digan lo que queremos escuchar y así reafirmar preconceptos o modelos conceptuales que lejos están de los cuerpos y las relaciones interpersonales que tejen día a día). También intentamos ser constantemente reflexivas sobre la jerarquía histórica del conocimiento universitario en relación a otros conocimientos, y en ello la forma de construcción de esos conocimientos está en el médula de la discusión<sup>6</sup>.

Consideramos que en el desarrollo del proyecto nos permitimos ansiar, ensayar y habitar modos de generar información acorde con la vida misma de las personas, con sus experiencias previas, sus trayectorias personales, sus contextos barriales, los condicionantes de género/clase/etnia, por mencionar algunos.

Todas las personas conocemos y sabemos cosas del mundo (de otra manera no podríamos vivir en él), todas tenemos aportes, análisis para hacer, historias para compartir. Es así que, como equipo, partimos de la premisa de que no podíamos saber cuál era esa información

<sup>5</sup> Documento “Política de Extensión de la SEU. Gestión 2007-2010”. Junio 2007

<sup>6</sup> Retomamos los aportes de Rosana Guber, quien desde su quehacer antropológico asume como necesaria la continua vigilancia o la atención permanente a las reflexividades que entran en juego en todo trabajo de campo y también, consideramos, en toda construcción extensionista: por un lado “la reflexividad en un sentido genérico, como la capacidad de los individuos de llevar a cabo su comportamiento según expectativas, motivos, propósitos, esto es, como agentes o sujetos de su acción. En su cotidianidad, la reflexividad indica que los individuos son los sujetos de una cultura y un sistema social” (en este sentido, todas las personas ejercemos cotidianamente una reflexividad situada, de manera espontánea). Por el otro lado se refiere a una la reflexividad atenta, en nuestro caso, del lugar social que ocupamos como miembros de la universidad y desde dónde trabajamos (afines a alguna/s perspectiva/s teórica/s, en relación con otros interlocutores universitarios, con *habitus* disciplinares, y atentas al epistemocentrismo tradicional universitario (constructor de jerarquías entre conocimientos y modos de conocer), entre otros (Guber 2005:85).



importante o relevante a colocar en la cartilla (aunque, claro, teníamos casi una infinidad de elementos planteados de antemano); para ello debíamos trabajar en conjunto y de manera cercana con las mujeres en relación con los efectores de salud.

Cabe mencionar que la vinculación extensionista desplegada para este proyecto implicó para nosotras, como equipo, problematizar y tensionar los propios saberes disciplinares, académicos y militantes, en función del encuentro con otras/os en un espacio dialógico. Esto nos permitió reconocer los aportes diferenciales de cada uno/a, los conocimientos situados y diversos sobre el tema que existen al día de hoy, y nos convocó a estar atentas de no reproducir el paradigma unívoco (que busca decir verdades) en el que a veces nos resulta tan tentador caer en la relación con el *afuera* de la universidad.

### **Fundamentos “empíricos” o prácticos del proyecto**

El contenido de la cartilla fue pensado y construido, entonces, con/para mujeres de sectores populares de nuestra ciudad, con la finalidad de que funcione como herramienta de promoción de derechos, de crítica, aprendizaje e información, que pueda aportar a la toma de decisiones con mayor confianza y autonomía. Las situaciones que enunciarnos a continuación, emergen como algunas lecturas del estado de situación que nos llevó a pensar el proyecto de elaboración de la cartilla, a saber:

**1º.** Habíamos identificado que el material informativo y la folletería que circula sobre el tema, generado por organismos estatales, reproducía contenidos considerados básicos por los expertos en salud, junto a estereotipos de clase, de género, de raza (mujeres blancas, con lencería fina, sonrisas perfectas, pieles pulidas, siempre acompañadas de un varón, y atravesando románticamente felices sus embarazos).

**2º.** Existía articulación previa con los dos CAPS, y nos resultaba interesante poder sostener y profundizar el trabajo en conjunto. Según las singularidades de cada Centro pudimos ir delineando diversas modalidades e instancias de encuentro con las mujeres y los equipos de salud, que veremos más adelante.

**3º.** Había mucha información disponible sobre la situación actual generalizada de los partos y nacimientos (mediante la ley de Parto Respetado<sup>7</sup>, Observatorios de Violencia Obstétrica<sup>8</sup>, investigaciones académicas<sup>9</sup>, datos, guías y recomendaciones que proporciona la Organización Mundial de la Salud –OMS– y Unicef<sup>10</sup>, organizaciones

<sup>7</sup> Ley N° 25929, consultar bibliografía.

<sup>8</sup> Lanzado y sostenido por la agrupación feminista “Las Casildas” desde el año 2015, con el apoyo del Consejo Nacional de las Mujeres.

<sup>9</sup> Canevari Bledel 2011; Eraso 2001; Sadler 2003; Gerbotto 2007; Castrillo 2015; Yáñez 2013.

<sup>10</sup> Por mencionar algunas: *Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia* (Unicef 2011); *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto* (OMS 2015); *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*

sociales que visibilizan el tema<sup>11</sup>, entre otras). Lo que vimos como escaso fue el conocimiento del tema en territorios específicos, algo indispensable para generar un material con características adecuadas para que luego pueda ser efectivamente apropiado por las personas de esos mismos territorios.

**4°.** Trayectoria de extensión en la línea de trabajo entre dos unidades académicas, desde la Facultad de Filosofía y Humanidades (FFyH) y la Facultad de Ciencias Sociales (FCS, antes como Escuela de Trabajo Social) se viene trabajando desde 2013 con iniciativas que tienen como eje el parto respetado. El proyecto BITS fue, también, una manera de seguir contribuyendo en acciones convergentes y sinérgicas.

El título de la cartilla “*De mujeres a mujeres*” pretende expresar el nudo central de nuestra apuesta, la cual fue elaborar el contenido a partir de la relación con mujeres que hubieran transitado las experiencias de embarazo y parto, o que estuvieran embarazadas al momento de llevar adelante el proyecto, y que ese mensaje llegara como una palabra de un par, de alguien que está en una situación similar y desde ahí *habla*.

Entonces, a partir de diversas instancias de encuentro, conociendo el abordaje territorial desde los centros de salud y sus dinámicas, conociendo mujeres de sectores populares y sus experiencias (que nos cuenten sus historias, sus deseos, sus miedos y sus decisiones), pudimos ir armando de a poco la cartilla, con los elementos que pesquisamos como relevantes en ese compartir. Consideramos la salud como algo integral:

como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean (Ferradini;2011:1-2).

La salud se construye en nuestros ámbitos cotidianos y nos parecía imprescindible acercarnos a los lugares donde esas mujeres hacen sus vidas, recuperando las prácticas vinculadas a un saber adquirido, y que están inscriptas en su forma de pensar las situaciones o problemas de salud, y en la manera de organizar una actuación sobre ellos.

En el trabajo en salud, como señala Merthy (2016:14), hay una creencia generalizada de que la tecnología es una máquina moderna, emparentándola con instrumentos duros. Este

---

(OMS 2015). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* (OMS 2016).

<sup>11</sup> En Córdoba, por ejemplo, el colectivo Mujeres por un Parto Respetado y Mujeres Unidas por los Barrios, con quienes trabajamos, también, para el desarrollo de la cartilla.

pensamiento mantiene solapada herramientas de trabajo, que encontramos presentes en las prácticas cotidianas de los cuidados. Son dispositivos de encuentros que se tornan potentes porque pueden ser capaces de pasar por las fisuras del campo hegemónico en salud, una muestra simple de un modo de producción centrado en tecnologías relacionales (leves) con la suficiente fuerza para ir moviendo intereses anquilosados.

Trabajamos en la esfera de los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de género. Este enfoque introduce a las mujeres, usuarias de los servicios de salud, en calidad de ciudadanas dejando de lado la perspectiva médica, que al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como receptoras pasivas de los servicios, de las que se espera su colaboración y acatamiento (Castro; 2016:133).

En los dos CAPS involucrados en el proyecto las/os trabajadoras/es conocen los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto, y su trabajo cotidiano en los seguimientos de embarazo, controles posparto y talleres para embarazadas, apuntan a contribuir al fortalecimiento de esos derechos. Queremos dejar aquí asentado que los equipos de salud fueron quienes viabilizaron nuestro encuentro con las mujeres.

Los CAPS están ubicados en extremos opuestos de la ciudad, y algo que pudimos conocer, en ambos centros de salud, es la dificultad de que se efectivicen los derechos en el momento del parto<sup>12</sup>, en tanto las embarazadas finalmente van a parir a otros establecimientos: los grandes hospitales. Esto excede al campo de acción de los equipos de salud de los barrios, que se encuentran con una limitación estructural entre los niveles de atención, limitación que es necesario ir repensando y desandando.

### **Las mujeres en relación al sistema de salud**

Como ya mencionamos, trabajamos con un sector femenino de la sociedad que se encuentra atravesado por múltiples desigualdades: en el sistema médico ocupan la posición de *pacientes*, y en la estructura de género el de *mujeres*<sup>13</sup>. Ambas las ubican en un lugar subalterno y desigual con respecto al otro con quienes entran en relación, en uno y otro caso.

---

<sup>12</sup> En relación al tema que trabajamos podemos acudir a tres leyes: la N° 26.529: de los derechos de los pacientes; la ley N° 26.485: de protección integral a las mujeres, aquí aparece descripta la “violencia obstétrica” y se la define como una modalidad de violencia hacia las mujeres; y la ley N° 25929: conocida como ley de parto respetado.

<sup>13</sup> Mari Luz Esteban nos alerta sobre las relaciones entre profesionales de la salud y grupos “profanos” en el ámbito de los cuidados, con sus particularidades al centrarse en las mujeres: “De manera que las mujeres, como genérico, y a pesar de que se hable de sus funciones como cuidadoras, permanecen a nivel simbólico en un espacio intermedio entre la población general y las instancias de poder, conocimiento y prestigio, como meras intermediarias en el proceso de atención y cuidado, en lo que no sería más que una extensión de sus roles domésticos” (2003:6).



Esto se profundiza aún más cuando provienen de sectores marginalizados, cuando habitan la periferia social, cuando entran en juego diferencias étnicas. En los cuerpos y en las vidas de las mujeres se van conjugando (re-produciendo) ciertos atributos, moralidades y estereotipos acordes a posiciones sociales históricamente construidas, y consideramos que ello influye en las maneras en que es vivido el proceso de *embarazo-parto-puerperio*, como otros momentos o situaciones que hacen a la salud sexual y (no)reproductiva.

El modelo de medicina actual supone una relación médico-paciente/parturienta sumamente jerárquica, y eso fue evidente cuando las mujeres con quienes trabajamos nos contaron sus historias. Además es muy significativo, en la atención sanitaria, el foco puesto primordialmente en aspectos biológicos, que poco atienden a las emociones y al contexto particular de cada una. Hay una sobrevaloración del conocimiento científico médico por sobre los saberes propios-experienciales de cada una y su entorno (esto sostenido tanto por las usuarias como por el equipo que asiste el parto). Dicho conocimiento médico se instrumentaliza en protocolos, rutinas y conductas estereotipadas a las que debe adecuarse cada parturienta.

### **Cuando lo personal se torna político y colectivo**

En el proyecto estuvimos trabajando, en su mayoría, con mujeres no organizadas. Podemos afirmar a partir de sus narraciones que hay cierto modo establecido de parir, de ser tratadas, de ser intervenidas, que se repite en términos generales en cada uno de los partos. Pudimos conocer que, en general, la violencia obstétrica<sup>14</sup> se encuentra naturalizada, ya que teniendo en cuenta los derechos que enuncia la ley de Parto Respetado, muchos de ellos no aparecen en cuestión: espera de los tiempos fisiológicos, el recibir información, el poder elegir entre diferentes alternativas cuando las hubiera, entre otras.

En vinculación con otros trabajos territoriales conocimos un grupo de mujeres organizadas de un barrio del sur de la ciudad, que se nombran *Mujeres Unidas por los Barrios*. Hace doce años se juntaron por primera vez, movilizadas por situaciones propias y cercanas de violencia ejercida por varones, en gran medida por parejas y exparejas. Las encontró la necesidad de hacerle frente a esas situaciones, y el darse cuenta que construir una red de apoyo, información y sostén es de gran importancia.

“Una cosa fue llevando a la otra” hasta que uno de los temas del que comenzaron a hablar fue el de sus partos y con ello se abrió la posibilidad de repensarlos. Algunos de sus testimonios sobre el encontrarse entre mujeres fueron: “En ese momento no lo vi como violencia, lo

<sup>14</sup> La ley de protección integral a las mujeres (N° 26.485) dice en su artículo 6, sobre modalidades de violencia hacia las mujeres: “e) Violencia obstétrica: 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”

vi como algo normal, que para todas era igual. En el grupo de mujeres se empezó a tomar ese tema, y empezás a decir a mí me pasó eso, me hicieron aquello, y no es normal, no corresponde”, “En el grupo de mujeres empezamos a hablar de la ley de parto respetado... ¡haberlo sabido antes!”.

El poder contar las experiencias propias, los miedos en uno y otro embarazo, las condiciones que posibilitaron y limitaron algunas decisiones, los (mal)tratos en el hospital, y un largo etcétera permitió, entre otras cosas, que reflexionaran colectivamente sobre sus vivencias. Aparecieron nuevos elementos que sirvieron como referencia, por ejemplo, los derechos enunciados por la ley N° 25929, el conocer aspectos fisiológicos del embarazo y el parto (es decir aquellos síntomas, tiempos y parámetros *normales* o *naturales*), el poner en cuestión la jerarquía médico-paciente y la hegemonía de los primeros en la toma de decisiones, entre otras.

Con las *Mujeres Unidas por los Barrios* pudimos (re)conocer -como también mediante otras experiencias-, la necesidad y potencia de lo colectivo para ir hacia una mayor autonomía, (in)formación y confianza en los momentos de parir, sobre todo porque la violencia obstétrica tiene bajísimo grado de visibilidad y problematización.

### **Los modos del hacer o amasar el proyecto**

A partir de las propuestas que desplegamos en cada encuentro en los territorios y de la escucha activa con las mujeres y equipos de salud, fuimos elaborando el contenido que hoy finalmente aparece en el material.

No obstante, se presentaron algunos desafíos para generar espacios dentro de los cuales fuera posible hablar con las mujeres sobre el tema, ya que no suele ser una necesidad en sí misma hablar/reflexionar sobre los modos de parir en los contextos donde llevamos adelante el proyecto. Esto da cuenta de uno de los supuestos a revisar, con los que partíamos, desde nuestra posición de sector social. Por ello, fuimos orquestando diversas estrategias para acercarnos a las mujeres, viendo qué actividad o propuesta convocaba más, con qué modalidad, con qué frecuencia. Nos preguntamos dónde se encuentran las mujeres, en qué momentos es oportuno llegarse al centro de salud, quiénes están interesadas en conversar sobre estos temas. Luego el trabajo con las imágenes, ya que no se trataba de fotografiar solamente, sino que ese registro fuera tramitado también, en un “ida y vuelta” con las protagonistas.

Así, con metodología de trabajo participativa, construimos la cartilla en diálogo permanente con los relatos y vivencias de las propias mujeres, reconociendo esos saberes y experiencias en su potencialidad como herramientas reflexivas y de transformación. Consideramos que estar con ellas en situación de taller, charla personal o diálogo grupal, entrevista o una

mateada, consultándoles sobre algunos disparadores que empezábamos a delimitar para la cartilla, atendiendo a la vida cotidiana, sus valores, creencias y experiencias con el sistema de salud, nos permite/permitió conocer y encontrar ciertas generalidades o regularidades, pero también singularidades según múltiples factores en cada trayectoria de vida.

Las distintas actividades las pudimos ir planificando, pensando y realizando acorde nos inmiscuíamos en las dinámicas de los dos CAPS, aunque entre ellos existen diferencias: los barrios tienen su propia historia, tiempos y espacios; en la actualidad están atravesando por conflictos y situaciones singulares; los planteles que conforman los equipos de salud son distintos (por ejemplo en uno trabajan médicos y enfermeras; mientras que en el otro, además hay una trabajadora social, un psicólogo, tesisistas de diversas carreras universitarias, residentes de medicina familiar); la vinculación con la comunidad tiene una implicancia y características distintas en uno y otro espacio.

En los intercambios que fuimos desarrollando pudimos ir imaginando y construyendo, de una manera lenta, casi artesanal, el contenido de la cartilla. Descubrimos que hay una serie de términos que son parte del lenguaje obstétrico cotidiano, pero de difícil comprensión para quienes no forman parte de ese mundo. Es decir, por ejemplo, sabemos que pueden hacer, y normalmente hacen, un “tajo” o “corte” en la vulva antes de la expulsión del bebé. Con esos términos es comúnmente conocida esa intervención, que en el mundo médico se llama “episiotomía” o “episio”.

Para intentar hacer más accesible lo que se dice en el hospital, es que identificamos como relevante incluir un glosario como parte del contenido de la cartilla, que a manera de traductor permita reconocer, por ejemplo, a qué se refiere algún efector de salud cuando utiliza determinada palabra específica bajo un supuesto conocimiento común.

Nos pareció importante, también, clarificar algunos términos que circulan en relación al tema. Por ejemplo: ¿a qué nos referimos cuando hablamos de parto respetado?, ¿qué es violencia obstétrica? Existe la ley de parto respetado, que delimita derechos y formas de acción, pero es desconocida por las mujeres con las que trabajamos. Consideramos pertinente hacer una referencia a los derechos durante el *embarazo-parto-posparto*, y debimos buscar la mejor manera para transmitirlo. Distinguimos también que hay una asociación directa en nuestro contexto entre parto respetado y parto domiciliario, una relación que intentamos desarticular en la cartilla para una mejor apropiación del primero.

Pudimos saber que las mujeres cuentan con poco conocimiento sobre la fisiología del parto y sobre las “partes” del cuerpo que están directamente implicadas en un embarazo, así como las “funciones” de cada una. Reconocimos, en conjunto con las mujeres, que ese tipo de información es muy importante para habilitar críticas y prácticas con mayor autonomía.

Distinguimos que hay ciertos mitos o falsas creencias en torno al embarazo y el parto, algunas propias de las mujeres, otras compartidas en los equipos de salud. Hicimos el intento de desmontarlas, para poder propiciar elecciones informadas y con mayor libertad.

### **Comunicación en salud y derechos reproductivos**

La comunicación en el campo de la salud tiene un rasgo preponderantemente publicista y medicalizante. Además suele tener un lenguaje, imágenes y una estética que provienen del sector social de los profesionales que la piensan, y muchas veces está dirigida a la normalización e intervención de los procesos que abordan. La cartilla fue pensada como un soporte comunicacional desde una perspectiva dialógica, con una gran apuesta a la singularidad del proceso que la habilita.

Se nos presentó un dilema al momento de pensar algunos contenidos concretos de la cartilla junto a los profesionales, por ejemplo, si colocábamos o no datos epidemiológicos, reflexiones sobre los modos actuales de parir, beneficios estatales para embarazadas, entre otras. Uno de los criterios que ya avizorábamos y que fue remarcado por la comunicadora social que formaba parte del equipo, alude a la extensión del material: era importante acotar la producción para que den ganas y posibilidades de ser leído y consultado.

Otro aspecto fue que tampoco podría estar sólo conformada por letras y palabras, ya que las mujeres con las que trabajamos, y hacia quienes va dirigida la cartilla, pertenecen a un sector que en general no tiene hábitos de lectura, y que inclusive cuenta con población en situación de analfabetismo funcional. Esto marcaba desafíos y criterios en relación al cómo decir lo que considerábamos que tenía que ser dicho. Frente a este panorama decidimos que la cartilla contaría con tres partes complementarias: fotos, dibujos y texto, que en conjunto dieran los mensajes.

Abrimos la cartilla a la consideración y opinión de otras personas -como comunicadoras sociales, trabajadoras sociales o médicas/os-, lo que también habilitaba sugerencias de modificaciones y sobretodo *cosas que deberían ir* acorde a la perspectiva de cada profesional desde su disciplina y trabajo cotidiano. Debimos ir haciendo memoria todo el tiempo sobre lo *esencial* de la cartilla, o el núcleo básico de contenidos que íbamos ensamblando, teniendo en cuenta los diversos aspectos que venimos mencionando a lo largo del texto. Por ejemplo, podíamos colocar las maneras posibles de denunciar violencia obstétrica o ser más exhaustivas con las críticas hacia el sistema de salud, y, sin embargo, debimos diferenciar entre “nuestros” deseos o información que queríamos que todas las mujeres tuvieran y aquella información acorde, accesible y pertinente para el sector hacia el cual iba dirigida. En esas situaciones se hacía evidente las posibilidades y límites del proyecto, y la necesidad de seguir disputando recursos en las instituciones, propiciando políticas integrales, para hacer tangibles los derechos enunciados.

## **Un provisorio cierre**

El enfoque de trabajo en la elaboración de la cartilla recupera la responsabilidad de la Universidad pública de generar instancias entre actores diversos, incorporando aquellas y aquellos que, en general, no son oídas/os y para quienes no se construye información de calidad, situada y contextualizada a sus diversidades y condiciones materiales o simbólicas de vida. Esta perspectiva implica a su vez reconocer las diferencias que nos atraviesan y con ello las posibilidades de incidencia y el lugar diferencial que ocupa cada uno de los actores participantes en relación a las políticas de salud y la promoción y exigibilidad de derechos.

Consideramos el trabajo en conjunto desde múltiples disciplinas como un aspecto clave y fundamental en el desarrollo de la construcción de esta cartilla, lo cual implicó desafíos y también un diálogo superador de la sectorización disciplinar.

Creemos que la posibilidad de realizar la cartilla-producto BITS es un primer acercamiento, o una puerta de acceso, a lugares y personas junto a una temática en particular. Es un proceso limitado en tanto se encuentra acotado en sus tiempos, procesos personales y grupales, objetivos e incentivos. Por ello, no lo contemplamos como algo cerrado y acabado, más bien vislumbramos muchas aristas y caminos posibles por los cuales seguir ahondando y trabajando el tema. Reiteramos, debimos hacer el ejercicio constante de situarnos en el presente proyecto BITS y de hacer recortes, ya que las situaciones nos estimulaban a pensar más cosas, a hacer más cosas, a elaborar más contenidos que se salían de la cartilla pero que de alguna manera están estrechamente vinculados.

A modo de reflexión final, y como dice Rita Segato (2010), la mayor importancia y eficacia de las leyes es, sobre todo, el poder de nombrar que tienen, es decir de darle nombres y categorías a las prácticas y a las experiencias deseables y no deseables para una sociedad. En ese sentido, el aspecto más interesante de toda ley (recordemos las tres leyes a las que acudimos para pensar el tema de parto respetado ya mencionadas) es que construye un discurso legítimo para el conjunto de la población, propone un sistema de nombres y esos nombres, una vez conocidos, pueden ser adoptados y debatidos.

Cabe aclarar entonces, que las leyes por sí mismas no cambian directamente las prácticas, pero generan todo un ámbito de reflexión, de nuevas imágenes mentales, de otras referencias para la propia subjetividad de cada persona.

Cuando pensamos en el cumplimiento de las leyes y la promoción de los derechos, y que sean visibles, vigentes y exigibles, aparece la necesidad de contar con información e instancias colectivas que contribuyan a hacerlas posible. La cartilla se propone como una herramienta más en las prácticas de exigir que se habiliten los derechos como pacientes, mujeres y gestantes. Sabemos, la historia nos ha demostrado, que los derechos se afianzan en las prácticas cotidianas, y esperamos que la cartilla sea un aporte para ello.



**La cartilla “De mujeres a mujeres:  
información sobre parto respetado”  
se puede encontrar en:**

<http://blogs.ffyh.unc.edu.ar/partorespetado/>

## **Bibliografía**

CASTRILLO, Belén (2015). “Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata”. XI Jornadas de Sociología, 13 al 17 de julio de 2015, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4127/ev.4127.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4127/ev.4127.pdf) - Fecha de consulta: 04/05/2015

CASTRO, Roberto (2016). *Teoría social y salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

ERASO, Yolanda (2001). “Ni parteras, ni médicos: obstetras. Especialización y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XXI”. Anuario de la escuela de historia. Año 1. N° 1, Córdoba-Argentina

ESTEBAN, Mari Luz (2003). *Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales*. Emakunde, España

FERRADINI, Debora (2011). “Algunos problemas complejos de salud”. Disponible en: <http://practicafinalfcm.net/Algunos.problemas.complejos.de.salud-D.Ferrandini.pdf> - Fecha de consulta: 05/07/2017

GERBOTTO, Mariana (2007). “El mundo entre las piernas. El proceso de medicalización en relación con la construcción de prácticas y representaciones sociales respecto de embarazo-parto-puerperio”. Tesis de Licenciatura en Antropología. UNR.

GUBER, Rosana (2005) [1991]. *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. PAIDÓS, Buenos Aires.

Ley N° 25929. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004. Fecha de consulta: 03/03/2017

MERTHY, Emerson Elias (2016). “La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en su modo de trabajar la asistencia”. En: Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Textos seleccionados. Lugar Editorial, Buenos Aires.

OMS (2015). “Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto”. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/augmentation-labour/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/es/) - Fecha de consulta: 23/09/2017

OMS (2016). “Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo”. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/) Fecha de consulta: 23/09/2017

OMS (2015). “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/) Fecha de consulta: 23/09/2017

SADLER, Michelle (2003). “‘Así me nacieron a mi hija’. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”. Tesis Lic. en Antropología social. Universidad de Chile. Disponible en: [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi\\_me\\_Nacieron\\_a\\_mi\\_Hija...Aportes\\_antropologicos\\_para\\_el\\_analisis\\_de\\_.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija...Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf) Fecha de consulta: 27/02/2016

SEGATO, Rita (2010). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo Libros, Buenos Aires.

SPINELLI, Hugo (2015). “El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales?” En *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 194-205. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a02> - Fecha de consulta: 02/08/2017

UNICEF (2011). “Guía Maternidad Segura y Centrada en la Familia”. [https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA\\_MSCF.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf) - Fecha de consulta: 15/08/2017

YAÑEZ, Sabrina Soledad. (2013). “De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad”. En *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*/37. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/42568/40469> - Fecha de consulta: 08/07/2015

#### Licencia Creative Commons

Este artículo se distribuye bajo una Licencia CCReconocimiento SinObraDerivada 4.0 internacional.

