

OCTUBRE 2020

"ME TUVE QUE HACER VALER; SI NO, TE PASAN POR ENCIMA"

EXPERIENCIAS DE MUJERES MIGRANTES EN SUS PROCESOS DE PARTO EN ARGENTINA



Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea

CAREF - Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes

Octubre 2020

Este documento fue elaborado por un equipo de investigación integrado por Laura Paredes, María Inés Pacecca y Lucía Wappner.

ACERCA DE LA COMISIÓN ARGENTINA PARA REFUGIADOS Y MIGRANTES (CAREF)

La Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes (CAREF) es una asociación civil sin fines de lucro fundada en 1973 para recibir a personas y familias que huían de Chile tras el golpe de Pinochet. Auspiciada por cinco iglesias protestantes históricas, su objetivo principal consiste en promover los derechos de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo a través de la construcción de prácticas y normas que consoliden su integración en condiciones de justicia y equidad.

Mediante un equipo interdisciplinario, CAREF lleva adelante las siguientes grandes líneas de trabajo:

- Atención directa a personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo a través del Servicio Social y la Clínica Jurídica (esta última mediante convenio entre CAREF, el Centro de Estudios Legales y Sociales y la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires).
- Acciones de incidencia a través de la participación en redes e iniciativas colectivas nacionales, regionales e internacionales destinadas a promover políticas públicas que aseguren igualdad de derechos y oportunidades para personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo.
- Actividades de formación y fortalecimiento para comunidades migrantes, asociaciones de base, áreas de gobierno involucradas en temáticas migratorias y redes de la sociedad civil.
- Investigaciones sobre temáticas migratorias y de asilo, orientadas por una perspectiva de derechos y definidas a partir de las preocupaciones institucionales de CAREF.
- Comunicación y campañas de sensibilización, difusión y promoción de derechos dirigidas a distintas audiencias.
- Archivo histórico y memoria, que conserva, organiza, sistematiza y pone en valor los expedientes que dan cuenta del trabajo realizado por CAREF, en especial por el Servicio Social.

Desde 2019, además de la sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CAREF cuenta con Puntos de Atención y Orientación (PAO) en Posadas y Puerto Iguazú (Misiones) y en San Salvador de Jujuy y La Quiaca (Jujuy).

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto *Cerrando Brechas II: Desnaturalizando violencias ocultas para erradicar la violencia de género promoviendo la igualdad*. Su contenido es responsabilidad exclusiva de ELA, CAREF, FEIM, MEI y la Fundación Siglo 21 y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Cómo citar este documento:

CAREF. "Me tuve que hacer valer; si no, te pasan por encima". Experiencias de mujeres migrantes en sus procesos de parto en Argentina". Buenos Aires, octubre 2020.

ÍNDICE

Prólogo por Natalia Gherardi	4
1. Parto respetado: trato digno (nada más y nada menos)	5
2. Migrantes y acceso a la salud: la norma y las prácticas	11
3. Mujeres migrantes y partos en Argentina. Voces y experiencias.	13
3.1. Experiencias y percepciones en relación al trabajo de parto, parto y postparto	16
3.2. Comunicación y consentimiento informado	21
3.3. Evaluando el proceso	22
4. Cada parto es único. Relatos tristemente paradigmáticos.	24
• <i>Marta</i> “No se tiene que atender acá, vuelva a su país”. Violencia obstétrica, mala praxis y xenofobia	24
• <i>Alina</i> “A una argentina le hubiera podido pasar lo mismo”. Interrupción legal del embarazo (ILE)	25
• <i>Mariana</i> “Si hubiésemos sido argentinos, esto no hubiera pasado”	26
• <i>Luisina</i> “Justificándose con el protocolo COVID-19, hicieron todo lo que no quería”.	27
5. La complejidad del fenómeno de la violencia obstétrica	29
5.1. Algunas herramientas que fortalecen a las mujeres	30
6. Conclusiones y recomendaciones	34
Bibliografía citada	36

PRÓLOGO

Conocer los derechos es uno de los requisitos fundamentales para poder ejercerlos, para desentrañar los laberintos de las instituciones que muchas veces obstruyen la posibilidad de que esa promesa de las normas, alcance y transforme de manera concreta las vidas de las personas. Para las personas migrantes, esos laberintos pueden estar agravados por la discriminación y las lógicas de exclusión de muchas instituciones.

Cuando se trata de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, los contextos de vida y las condiciones personales y sociales tienen un impacto enorme en las posibilidades subjetivas de apropiarse de los derechos, de reivindicarlos para sí y reclamar su ejercicio. En el caso de mujeres migrantes, en las diversas circunstancias en las que se encuentren, la garantía de acceso al derecho al parto respetado muchas veces está muy alejado de su realidad.

En esta investigación el equipo de trabajo de CAREF documentó los obstáculos para el ejercicio del derecho al parto respetado que enfrentan las mujeres migrantes en Argentina. A partir de diez entrevistas en profundidad a mujeres migrantes que cursaron embarazos y partos en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires entre 2018 y 2020, este informe explora el tema en dos dimensiones. En primer lugar, analiza si las mujeres migrantes cuentan con información o están familiarizadas con las nociones de parto humanizado y de violencia obstétrica, indagando en el conocimiento de los derechos por parte de estas mujeres. En segundo lugar, la investigación analiza las intersecciones entre experiencias vinculadas al género, condición migratoria, clase, educación y competencias lingüísticas en el contexto específico en el que pueden ocurrir situaciones de violencia obstétrica: los controles de embarazo y partos hospitalarios.

A partir del análisis de las experiencias de las propias mujeres, escuchando sus voces y el contexto habilitador o no de sus derechos, la investigación permite observar que ya sea que cuenten con más o menos información en relación a sus derechos, o si identifican los principios que definen el concepto de parto humanizado o el de violencia obstétrica, las mujeres entrevistadas tenían claridad respecto de sus deseos y sus necesidades. Así y todo, en contra de sus expectativas, los relatos muestran numerosas situaciones en las que el cuerpo médico desestimó o minimizó sus deseos, sus subjetividades e hizo valer la asimetría de poder entre ellas y ellos. Si bien se trata de una problemática que no se circunscribe a las mujeres migrantes, el informe se enfoca específicamente en los efectos específicos y diferenciales de estos aspectos en su intersección con la condición migratoria.

Las conclusiones y recomendaciones finales permiten esbozar un camino a recorrer para mejorar las condiciones para el conocimiento y ejercicio de los derechos al parto respetado, previniendo la violencia obstétrica y construyendo políticas públicas respetuosas de las leyes a partir de las herramientas identificadas para el fortalecimiento de las propias mujeres.

Natalia Gherardi

Directora Ejecutiva de ELA
Directora del Proyecto Cerrando Brechas

1. PARTO RESPETADO: TRATO DIGNO (NADA MÁS Y NADA MENOS)

Mariana es venezolana. Su segunda hija nació en Buenos Aires en 2019. Unas semanas antes de la fecha prevista para el nacimiento, Mariana escribió en su “plan de parto”¹ sus necesidades y deseos, pero en el hospital público donde se atendía no se lo quisieron recibir.

Cuando comenzó con el trabajo de parto le hicieron tactos que describe como dolorosos. Le colocaron sustancias por vía intravenosa sin explicarle de qué se trataba. Mientras esperaba alcanzar la dilatación, en la misma habitación que ella se encontraba otra pareja cuyo bebé ya había nacido. Mariana se sentía incómoda: en un momento tan íntimo, estaba semidesnuda, dolorida y expuesta ante personas completamente desconocidas.

Más tarde, antes de pasarla a sala de parto la separaron de su pareja y la dejaron sola en un pasillo un largo rato. Para ese entonces, además de dolorida, estaba abatida y asustada.

Cuando intentaba vocalizar para transitar con menos dolor sus contracciones (tal como le habían enseñado en su primer parto), el personal de salud le decía “sin gritar, mamá”.²

“Pujé solo porque quería irme, salir de ahí y poder acostarme tranquila con mi bebé”.

Entrevista realizada por Laura Paredes en enero de 2020

En 2004, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable³ se aprobó en Argentina la Ley N° 25.929 (más conocida como Ley de Parto Humanizado) que establece los derechos que asisten a las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Los antecedentes del proyecto de ley sostienen que “el concepto de salud reproductiva está íntimamente ligado a un parto humanizado, respetuoso de las necesidades emocionales de la madre y el niño” y que la “excesiva medicalización del parto ha traído como consecuencia no deseada una minimización de las necesidades emocionales de la madre y el niño”. Así, se llega a una situación paradójica: “en un medio ideado para que el parto sea saludable, las mujeres se sienten desprotegidas y sometidas a una situación generadora de estrés”, que a su vez puede ser causa de complicaciones obstétricas. En este contexto, la ley buscó crear un marco “que garantice el apoyo legal a la parturienta y promueva la participación del varón en el nacimiento como parte del cambio cultural que supone la igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres”.⁴ El proyecto de ley fue celebrado en las Cámaras de Senadores y Diputados y a los pocos meses se convirtió en ley nacional.

¹ El Plan de Parto es un documento escrito en el cual la persona gestante deja asentadas sus preferencias, necesidades y expectativas en relación a la atención durante el parto o cesárea, nacimiento y post parto. Enmarcado dentro de la Ley Nacional 26.529 de Derechos del paciente bajo la figura “Directivas Anticipadas” (art.11), busca garantizar la participación activa de la persona gestante así como el pleno acceso a sus derechos. Se sugiere presentarlo entre las semanas 20 y 30 de gestación, con copia sellada y firmada al Director de la Institución/Hospital, Jefe de Obstetricia, Jefe de Neonatología y obstetra de cabecera. (Fuente: <https://lascasildas.com.ar/>).

² Según el *Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica* (2015), cuando los vínculos son asimétricos (tal como en el caso de la relación entre persona gestante y profesional de la salud) “el uso de sobrenombres y diminutivos [...] acentúa aún más la relación de poder, [...] despoja de individualidad a quien los recibe y [evidencia] un trato unilateral”.

³ Puesto en marcha en el año 2003 mediante la Ley 25.673.

⁴ Mensaje del Poder Ejecutivo, Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores del Congreso Nacional, 7 de abril de 2004, Orden del Día N° 143..

Entre los derechos que la Ley de Parto Humanizado establece para las mujeres, algunos refieren a la información sobre procedimientos médicos:

- [Derecho a] ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas (Art. 2, inc. a).
- [Derecho a] ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales (Art. 2, inc. e).

Sin embargo, el foco principal de la ley se centra en el conjunto de situaciones y prácticas que pueden convertir al parto en esa experiencia “paradójica”, humillante y de vulneración de derechos. Sin hacer referencia explícita a la noción de violencia obstétrica, algunos de los derechos que la ley garantiza a gestantes y parturientas claramente aluden a ella:

- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales (Art. 2 inc. b).
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto (Art. 2 inc. c).
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer (Art. 2 inc. d).
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética (Art. 2 inc. f).
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. (Art. 2 inc. g).
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. (Art. 2 inc. h).

Desde hace décadas, los relatos de mujeres adultas y adolescentes sobre sus experiencias en servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia ofrecen evidencia abrumadora de maltrato, humillación, infantilización y sumisión. En el informe titulado *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos* (Chiarotti, García Jurado et al, 2003) los testimonios de 30 mujeres santafesinas muestran descarnadamente el cruce entre violencia de género y violencia institucional, la tensión entre las percepciones propias y el saber médico, y la angustia e incertidumbre que generan la no-información, la fragmentación y la cosificación de sus cuerpos (en especial de sus órganos reproductivos y de su sexualidad). Este informe describe y analiza cuatro tipos de situaciones que se repiten sistemáticamente en los servicios hospitalarios: degradación y crueldad en el trato, intromisión en la intimidad de la mujer, violación del derecho a la información y al libre consentimiento informado, y una cuarta situación observada cuando la mujer era sospechada de haberse realizado un aborto. Estas situaciones constituyen el núcleo central para comprender y calibrar lo que luego se definiría como violencia obstétrica. Estos son algunos de los testimonios y ejemplos que presenta el informe:

- “No sé para qué te quejás si es chiquito” (p. 27).
- “Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara, que eso no era una cancha y que no había ningún gol” (p. 27).

- “Me metieron mano más o menos 13 estudiantes (...) Sentí vergüenza, bronca... Me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran” (p. 28).
- “El médico decide, delante de la paciente y sin consultarla, fecha de operación, sin explicarle qué es lo que le estaba pasando y tampoco de informarla si había otras posibilidades distintas a la operación, que consistió en una histerectomía” (p.30).
- [Debido a la hemorragia] “la médica me decía: «¿qué hiciste, te pusiste algo, te inyectaste algo?» No me dejaba hablar, ni explicarle que hacía poco que yo había tenido un bebé” (p.32).

Unos años después, la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (aprobado bajo el número de Ley 26.485 en el año 2009) definió la violencia hacia las mujeres en sentido amplio⁵ así como un conjunto de violencias específicas, entre ellas la 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” (Art. 6, inc. e).

La valoración y legitimación de las voces, experiencias, percepciones y emociones de las mujeres (una de las banderas de los movimientos feministas) en un dominio tan íntimo y a la vez tan intervenido, tan propio de las mujeres y a la vez tan sustraído por un saber médico-tecnocrático, permitió recuperar la singularidad de cada nacimiento. La codificación de estas experiencias como derechos positivos expresados en la Ley de Parto Humanizado promueve el trato digno (nada más y nada menos) a la vez que obliga al cumplimiento a efectores públicos, privados y obras sociales a través de la inclusión de las prestaciones en el Programa Médico Obligatorio.⁶

Amás de quince años de la aprobación de la Ley de Parto Humanizado, lamentablemente no puede decirse que sus preceptos sean moneda corriente en las instituciones hospitalarias, en el personal de salud e incluso entre las mismas mujeres cuyos derechos busca resguardar. Ello se debe a una compleja combinación de factores, que incluyen la persistencia de la naturalización de ciertas formas de violencia, las lentas modificaciones en la currícula formativa de las y los profesionales de la salud, sus condiciones laborales, las propias dinámicas de funcionamiento y atención intrahospitalarias (signadas por la urgencia) y el desconocimiento de muchas mujeres, que en ocasiones consideran que recibir atención gratuita en salud las inhabilita para exigir y reclamar. Para ellas, la violencia obstétrica -como parte de la violencia de género- se suma a la violencia laboral, a la institucional y a otras tantas más. El maltrato por parte del personal de salud puede ser percibido como un eslabón más en una larga cadena de vulneraciones, que a menudo acarrea cierta resignación. En este contexto, este informe aborda de manera preliminar las experiencias de un conjunto de mujeres migrantes en las instituciones de salud durante su embarazo, parto y postparto, con especial atención a sus percepciones de haber atravesado (o no) situaciones compatibles con la definición de violencia obstétrica.

⁵ “Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, por acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón” (Art. 4) Vale aclarar que las palabras “basada en razones de género” fueron introducidas en 2019 mediante la Ley 27.533.

⁶ El Programa Médico Obligatorio (PMO), establecido a partir del Decreto 492/1995 y aprobado posteriormente en la Resolución 201/2002, remite a un conjunto de prestaciones mínimas y esenciales que todas las prepagas y obras sociales deben cubrir en cualquiera de sus planes, para todos sus beneficiarios de manera indistinta.

Los hallazgos aquí presentados dialogan con dos perspectivas o conjuntos de investigaciones. El primer conjunto comprende los trabajos que analizan las barreras que encuentran las mujeres migrantes para *acceder* al sistema de salud y las estrategias que despliegan al respecto (Caggiano, 2007; Cerruti 2011; Jelin et al 2006; Baeza y Aizemberg, 2017, entre otros). Las barreras más frecuentemente detectadas y denunciadas han sido formales (la falta de DNI de residente extranjero o la irregularidad migratoria), institucionales (vinculadas a la gestión hospitalaria para asignar turnos o prestaciones) y étnicas o culturales (ligadas a tensiones y conflictos en el momento de la consulta). Muchas investigaciones refieren a comportamientos discriminatorios y dichos estigmatizantes del personal sanitario y administrativo de los centros de salud. En este primer conjunto de trabajos, el campo de indagación se conforma a partir de la intersección entre la condición migratoria y la dimensión institucional, con énfasis en la condición migratoria como eje que estructura y articula las barreras en el acceso y permite comprender buena parte de las experiencias de las mujeres (incluidas las de violencia institucional) en el tránsito por los diversos servicios de salud. Si bien en estos estudios el género y las experiencias generizadas constituyen una dimensión relevante, el foco de las indagaciones tiende a estar en las barreras de acceso basadas en la condición migratoria.

El segundo conjunto de trabajos comprende aquellos que se centran en la violencia obstétrica, ya sea haciendo foco en las experiencias de las mujeres, en los condicionantes institucionales en que se enraíza, o en ambos (Belli, 2013; Canevari Bledel, 2011; Chiarotti, García Jurado et al, 2003; Kaplan Westbrook, 2015; Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015; Magnone, 2011 y 2013;). Por la propia definición de violencia obstétrica (“la que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres”), se trata de hechos, situaciones y experiencias que han tenido lugar *dentro* del sistema de salud (es decir que por una vía u otra, el acceso ha sido posible). Aquí, entonces, el campo de indagación se construye en la intersección entre la condición de género y la dimensión institucional, puntualmente en la intersección entre las violencias de género y las institucionales. La condición migratoria (si existiera) queda subsumida en la condición de género, necesaria para la violencia obstétrica aunque no para la violencia institucional (que también afecta, y de manera notoria, a los varones migrantes). Vale destacar que la condición migratoria no se limita a la marca de “extranjería”: además del género, puede y suele estar imbricada con dimensiones tales como nacionalidad, etnicidad, clase, educación, competencias lingüísticas y regularidad/irregularidad en la residencia (por mencionar sólo las principales).⁷

La noción de interseccionalidad (Crenshaw, 1989) provee una perspectiva para abordar de manera integral estas dimensiones y las desigualdades en que se anclan, ya que pone el foco y permite comprender cómo se combinan y potencian para generar experiencias de opresión singulares. Crenshaw propuso este término para destacar las limitaciones de pensar la raza⁸ y el género como categorías analíticas y experienciales separadas:

⁷ Utilizamos el término “condición migratoria” para referirnos a la situación de migración internacional de una persona, que la convierte en “extranjera” en el país de destino y la coloca bajo la jurisdicción de la legislación migratoria o de extranjería. Además de una dimensión jurídica (la extranjería), la condición migratoria conlleva una dimensión social, referida a las diversas *marcaciones* que operan sobre las personas migrantes. Estas marcaciones operan tanto sobre migrantes regulares como irregulares (Sayad, 1984).

⁸ El término “raza”, tal como lo utiliza Crenshaw, no alude a la categoría de corte biológico en torno a la cual se articuló el racismo “clásico”, como discurso pretendidamente científico que vinculó la cultura (y las diferencias culturales) con la dotación genética de las poblaciones para fundamentar la superioridad “natural” de unos grupos en relación a otros. Contemporáneamente, las ciencias sociales utilizan críticamente el término “raza” para referirse a distinciones o marcaciones físicas que diversos grupos sociales consideran socialmente significativas y a partir de las cuales clasifican y son clasificados. En este contexto, “raza” es una categoría de clasificación social cuyos orígenes pueden trazarse a la conquista de América (cfr. Wallerstein y Balibar, 1988; Quijano, 2000, entre otros) y que junto con otras categorías (tales como clase, nación, etnicidad, género) permite historizar y comprender la estructuración y la reproducción de muchas de las desigualdades propias del capitalismo.

“Usé el concepto de interseccionalidad para señalar las distintas formas en las que la raza y el género interactúan, y cómo generan las múltiples dimensiones que conforman las experiencias de las mujeres Negras en el ámbito laboral [...]. Mi objetivo era ilustrar cómo muchas de las experiencias a las que se enfrentan las mujeres Negras no están delimitadas por los márgenes tradicionales de la discriminación racial o de género, tal y cómo se comprenden actualmente, y que la intersección del racismo y del sexismo afectan sus vidas de maneras que no se pueden entender del todo mirando por separado las dimensiones de raza o género” (Crenshaw, 2012 [1991]: 89).

La perspectiva de la interseccionalidad ilumina la manera en que algunas personas están sujetas a distintas formas de desigualdad (tales como el género, la clase, la orientación sexual, la condición y el estatus migratorio, etc.) de modo tal que sus experiencias de vida no son solo la suma de estas partes (y de esas violencias y opresiones) sino de su intersección y exacerbación.

Así, surgen las dos preguntas que este informe explora. La primera apunta a si las mujeres migrantes cuentan con información o están familiarizadas con las nociones de parto humanizado y de violencia obstétrica. La segunda refiere a las intersecciones entre género, condición migratoria, nacionalidad/etnia, clase, educación y competencias lingüísticas en el contexto específico en el que pueden ocurrir situaciones de violencia obstétrica: los controles de embarazo y partos hospitalarios.

Para ello, se realizaron diez entrevistas en profundidad a mujeres migrantes que cursaron un embarazo y un parto en un hospital público del área metropolitana de Buenos Aires entre enero de 2018 y junio de 2020. Puesto que se trata de un primer estudio exploratorio, para ser entrevistadas las mujeres debían reunir las siguientes condiciones: haber migrado siendo mayores de 18 años y haber parido en Argentina (en un hospital público), entre las fechas indicadas. Por ello, el corpus de entrevistas muestra una gran diversidad respecto a las edades (entre 22 y 44 años), los países de origen (Venezuela, Perú, Colombia, Bolivia y Haití), los niveles educativos (desde secundario incompleto hasta posgrado universitario) y los embarazos y partos anteriores.

Todas las mujeres entrevistadas habían arribado a Argentina entre 2014 y 2017 en el marco de proyectos migratorios vinculados a la búsqueda de empleo. Todas estaban en situación migratoria regular al momento del parto.⁹ Fueron contactadas a través del Servicio Social de la Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes (CAREF) y de referentes de organizaciones sociales y de migrantes. Si bien en la búsqueda de personas para entrevistar se explicaba que se trataba de una investigación sobre las experiencias de embarazo y parto de mujeres migrantes, con especial atención a situaciones de violencia obstétrica, se aclaraba que no era necesario que las mujeres conocieran el concepto ni que consideraran que hubieran sufrido violencia obstétrica. Previo a la entrevista, las mujeres dieron su consentimiento informado, donde además se les aseguró la confidencialidad y el anonimato.¹⁰

⁹ Esto significa que todas habían obtenido DNI de residente extranjero o iniciado el proceso para obtenerlo. Cinco de las mujeres entrevistadas contaban con residencia temporaria, tres con residencia permanente y dos tenían el trámite en curso y el respectivo documento de residencia precaria que emite la Dirección Nacional de Migraciones.

¹⁰ Todas las entrevistas en profundidad (tanto a mujeres migrantes como a profesionales de la salud) fueron realizadas por Laura Paredes (CAREF) entre enero y julio de 2020.

En el marco de la investigación también se realizaron cuatro entrevistas a profesionales del área de salud: una licenciada en obstetricia, una médica obstetra, un médico sanitarista experto en interculturalidad y una puericultora y psicóloga social referente del Observatorio de Violencia Obstétrica.¹¹ Estas entrevistas recaban las experiencias del personal de salud en torno a la atención de mujeres migrantes embarazadas o púerperas, así como su perspectiva sobre la violencia obstétrica en la actualidad en Argentina. De manera complementaria, se revisaron las consultas que llegaron al Servicio Social de CAREF entre 2016 y 2019 con el propósito de bosquejar un panorama general respecto a quienes informaban qué clase de dificultades para acceder al sistema de salud.¹²

¹¹ El Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO) es una iniciativa autogestiva e interdisciplinaria impulsada por la agrupación Las Casildas. Desde 2015 trabaja en la construcción de propuestas para la visibilización y el abordaje de la violencia obstétrica.

¹² Lucía Wappner (CAREF) sistematizó y analizó las consultas sobre temáticas de salud atendidas por el Servicio Social de CAREF entre 2016 y 2019.

2. MIGRANTES Y ACCESO A LA SALUD: LA NORMA Y LAS PRÁCTICAS

La Ley de Migraciones (N° 25.871 sancionada en 2004) reconoce a la migración como un derecho “esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad” (Art. 4). En consistencia con esta afirmación, el artículo 8 de la ley establece que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”. Es decir que la regularidad migratoria¹³ (comprobable a través del DNI de residente extranjero o de la residencia precaria, que acredita trámite migratorio en curso) no es condición para acceder a la atención en salud, ni en el sistema público ni en el privado. No obstante lo que establece la ley, la falta de DNI es frecuentemente un obstáculo para el acceso a ciertas prestaciones de salud, especialmente las que revisten mayor complejidad o implican tratamientos prolongados. Un breve repaso por las consultas atendidas en el Servicio Social de CAREF permitirá ilustrar este punto.

Entre 2016 y 2019, el Servicio Social de CAREF recibió casi 2.800 consultas, de las cuales 73 (el 3%) estuvieron vinculadas a motivos de salud.¹⁴ El 85% de quienes consultaron por estos motivos provenían de países del Mercosur (principalmente Perú, Venezuela, Bolivia y Paraguay) y 75% eran mujeres, algunas de las cuales consultaron por ellas mismas y otras por sus hijos/as, cónyuges, padres o madres. Más de la mitad de quienes encontraban un obstáculo en el acceso a la salud (y por ese motivo recurrían a CAREF) tenían entre 18 y 59 años de edad,¹⁵ y el 40% contaba con DNI de residente permanente, de residente temporario o con residencia precaria.¹⁶

Estas 73 personas consultaron en CAREF porque en diversos hospitales públicos les exigieron DNI o comprobante de regularidad migratoria para:

- proveer medicación para diabetes, tuberculosis, esclerosis múltiple, anticonvulsivos, oncológica, etcétera;
- acceder a prótesis e insumos (bolsas de colostomía, tubos de oxígeno para EPOC, válvulas cardíacas);
- acceder a controles obstétricos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas no urgentes;
- asegurar seguimiento, estudios o medicación luego de intervenciones quirúrgicas urgentes;

¹³ En lo que respecta a la regularización de la permanencia en Argentina, la Ley de Migraciones establece dos grandes vías, según el país de origen de la persona. Para quienes provienen de países del Mercosur o Asociados (Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y Surinam) rige el criterio de “nacionalidad” (art. 23 inc. I de la ley) que permite solicitar una residencia temporaria por dos años, renovable, con permiso de trabajo, que otorga DNI de residente extranjero válido por la duración de la residencia acordada. Los requisitos para solicitar esta residencia incluyen documentos de identidad de país de origen, sello de ingreso a Argentina, carencia de antecedentes penales (en Argentina, en el país de origen e internacionales) y pago de una tasa migratoria de \$ ARS 3.000 (a junio 2020). Quienes no provienen de países del Mercosur deben solicitar la residencia por alguno de los otros criterios previstos en la ley, tales como trabajador migrante, rentista, pensionado, inversionista, científico, deportista, religioso, estudiante, entre otros (art. 23 incisos varios), presentando la documentación exigible según el caso. En el marco de esta ley, entre 2004 y 2019 se otorgaron aproximadamente 1.500.000 de residencias temporarias Mercosur y 115.000 extra-Mercosur, así como 1.200.000 residencias permanentes Mercosur (más de la mitad de ellas a personas que primero habían tenido una residencia temporaria) y 95.000 residencias permanentes extra-Mercosur.

¹⁴ Para el período en cuestión, el principal motivo de consulta (30%) refirió a dificultades vinculadas a la radicación. El segundo y tercer motivo (15% en ambos casos) refirieron a problemáticas administrativas o jurídicas (asesoramiento sobre trámites varios en país de origen, tramitación de partidas de nacimiento, rectificaciones de documentos, etc.) y a cuestiones vinculadas al acceso a programas sociales y seguridad social. En menor proporción, hubo consultas por acceso a educación, empleo, sistema de salud, prestaciones por discapacidad y situación habitacional. Por último, hubo consultas relativas a asilo (solicitud y orientación personas peticionantes), ingreso al país, expulsiones y violencia (institucional, intrafamiliar y por motivos de género).

¹⁵ Niños y niñas representaban el 16%, igual que las personas mayores de 60 años. Para el porcentaje restante, no había datos sobre la edad.

¹⁶ La residencia precaria es un documento que emite la Dirección Nacional de Migraciones. Incluye foto y huella digital, y demuestra que el trámite de residencia de la persona está en curso, con toda la documentación exigible presentada y verificada. La residencia precaria sirve para entrar y salir del país y para tramitar CUIL y CUIT. Por lo general, se expide por 90 días (que es lo que demora el DNI). Si en ese período el DNI aún no está disponible, la residencia precaria se renueva por períodos de 30 días.

- brindar atención psiquiátrica, fonoaudiológica o de rehabilitación;
- ingresar en listado de trasplantes.

Los obstáculos de acceso que dieron lugar a estas consultas se fundaron, en todos los casos, en la condición migratoria de las personas, diversamente argumentada por la institución. En el caso de quienes no habían aún regularizado su residencia, el obstáculo esgrimido era la irregularidad migratoria propiamente dicha (a pesar de que la Ley de Migraciones establece expresamente que la irregularidad no es un obstáculo para el acceso a la salud). En el caso de quienes habían iniciado el trámite de regularización pero aún no contaban con el DNI físico sino únicamente con la residencia precaria, el obstáculo esgrimido era la falta de DNI físico. Quienes tenían DNI vigente (una pequeña proporción de las consultas) informaron no prestación de prácticas médicas o de rehabilitación por incumplimientos de las obras sociales o por no estar inscriptos en programas específicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Vale destacar que una sola mujer acudió al Servicio Social de CAREF por dificultades en el acceso a controles obstétricos.¹⁷

¹⁷ A la fecha de redacción de este informe, a partir de la activación de los protocolos por la emergencia sanitaria vinculada al Covid-19, las madres migrantes consultan al Servicio Social de CAREF porque no pueden acceder a los controles obstétricos básicos, ya que muchos servicios de salud se encuentran saturados y destinan gran parte del trabajo a la atención de casos Covid-19. Esta problemática no aqueja sólo a las mujeres migrantes, pero la condición migratoria (poseer o no un DNI) suele implicar una dificultad adherida. Aunque a partir de la emergencia sanitaria la documentación argentina se renueva automáticamente, el Servicio Social de CAREF detectó la aparición de otros requisitos "novedosos" que obstaculizan el acceso a la atención, tales como la exigencia de contar con una historia clínica abierta en la institución o haber tenido otro/a hijo/a allí previamente.

3. MUJERES MIGRANTES Y PARTOS EN ARGENTINA. VOCES Y EXPERIENCIAS.

Para muchas mujeres migrantes la atención gratuita en la salud es profundamente valorada y suelen considerar que tanto el acceso como las condiciones de prestación son mejores que en sus respectivos países de origen. Esta opinión, compartida también por las mujeres entrevistadas, puede llevar a minimizar descontentos o dificultades a partir de la idea de que si el parto hospitalario es gratuito, no corresponde “andar con exigencias”. No obstante, las entrevistas en profundidad hechas en el marco de esta investigación muestran una variedad de experiencias institucionales que, más allá de las percepciones y evaluaciones puntuales de las mujeres, alertan sobre acciones u omisiones por parte del personal de salud que pueden enmarcarse dentro del concepto de violencia obstétrica.

Vale destacar que tres de las mujeres entrevistadas no conocían la Ley de Parto Humanizado ni el término “violencia obstétrica”. La cuarta había escuchado hablar de la temática en el curso de preparto del hospital y la quinta leyó algo en un cartel informativo colocado en la institución en donde efectuaba sus controles. Las cinco restantes consideraron estar lo suficientemente informadas sobre el concepto de parto respetado y en menor medida sobre la ley vigente en Argentina. Dicha información la adquirieron a través de redes sociales, Internet, bibliografía, parteras o *doulas*.¹⁸

En casi todos los casos, el parto tuvo lugar en el mismo hospital¹⁹ donde hicieron los controles del embarazo, elegido por proximidad con el domicilio o por recomendación de una persona de confianza. Una entrevistada buscó en Internet comentarios de otras mujeres sobre sus experiencias de parto, de modo de atenderse en el hospital más recomendado. En lo que respecta a los controles previos al parto, ocho mujeres fueron seguidas por el/la mismo/a profesional, en tanto que dos fueron atendidas por diferentes personas en cada control. Por diversos motivos, al momento del parto, siete fueron atendidas por un/a profesional con quien no habían tenido contacto previo. Vale señalar que de las diez mujeres entrevistadas, la mitad eran madres primerizas. Los inconvenientes de salud que surgieron durante el embarazo (expresados por las mujeres) fueron preeclampsia²⁰ (3), diabetes gestacional (1) y acalasia de esófago (1). El resto transitó un embarazo sano.

Todas las entrevistadas realizaron sus controles de embarazo con adecuada periodicidad. Ocho de ellas llevaban inquietudes a los controles (sobre dolores o molestias, vitaminas que les habían indicado, posibles intervenciones durante el parto, etc.) pero solo tres estaban satisfechas en relación a las respuestas y al trato dispensado. Las otras cinco consideraron que sus inquietudes no fueron respondidas debidamente.

En líneas generales las entrevistadas refieren haberse hecho todos los estudios de rutina, principalmente ecografías y análisis de sangre. En alguna oportunidad, dos mujeres debieron recurrir a prestadores privados: una de ellas porque el ecógrafo del hospital donde se atendía funcionaba mal, y otra porque (pendiente de sus factores de riesgo) consideraba que los estudios indicados eran insuficientes.

¹⁸ Una doula es una persona (generalmente una mujer) que informa y acompaña en el proceso vital de la maternidad.

¹⁹ En todos los casos, se trató de hospitales públicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en un partido del conurbano bonaerense.

²⁰ La preeclampsia se caracteriza por un cuadro de hipertensión arterial y proteinuria que comienza después de las 20 semanas de gestación.

En líneas generales las entrevistadas refieren haberse hecho todos los estudios de rutina, principalmente ecografías y análisis de sangre. En alguna oportunidad, dos mujeres debieron recurrir a prestadores privados: una de ellas porque el ecógrafo del hospital donde se atendía funcionaba mal, y otra porque (pendiente de sus factores de riesgo) consideraba que los estudios indicados eran insuficientes.

Mariana, de 37 años, menstruaba irregularmente porque aún amamantaba a su primera hija. Por ello, demoró en sospechar un nuevo embarazo. Cuando llegó al primer control en una maternidad de la Provincia de Buenos Aires con un embarazo de tres meses, en lugar de hacerle una ecografía, para confirmar le hicieron un tacto sumamente invasivo. Su impresión fue que se trató de un maltrato por no haber acudido antes a los controles. Más adelante le indicaron que debía firmar un documento comprometiéndose a "colaborar con el médico/a que la atienda". Analizó esto como una estrategia para proteger al personal de salud de posibles denuncias, pero además la hizo sentirse muy vulnerable. Sentía que debía delegar toda la responsabilidad de las futuras intervenciones en la obstetra, sin que su opinión tuviera lugar. Finalmente firmó el documento, pero cuando solicitó una copia no se la entregaron. En la primera ecografía de control que le hicieron, el ecógrafo no estaba especializado en obstetricia sino que era generalista. Le hizo el estudio con la puerta del consultorio abierta y mientras miraba un partido de fútbol. Además, se burló de ella cuando le hacía preguntas en relación a su bebé y luego, despectivamente, le dijo que "es una bestia" (en alusión a su tamaño). Comparando con su embarazo previo, sintió que la ecografía era "como un trámite, y no un proceso amoroso y empático".

A la mayoría de las mujeres les realizaron tactos vaginales durante los controles y el trabajo de parto. Algunas de ellas se mostraron disconformes:

"Como mujer, me sentí violentada, como si me hubiesen violado de tactos tan fuertes que me hicieron. Sentía que estaba destrozada por dentro en todos los sentidos". (Mariana).

"Sentí angustia todo el tiempo. Me hicieron siete tactos dolorosos. Eran innecesarios". (Elisa).

Uno de los requerimientos más solicitados por parte de las entrevistadas refiere al deseo de que las acompañe su pareja u otra persona de confianza durante el parto y/o la internación. Se trata de un momento fundante y fundamental de la familia, y es además un derecho explicitado en el artículo 2 de la Ley de Parto Humanizado: "derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto". No obstante, cuando el acompañante es un hombre este pedido puede rechazarse, ya que no se permite su presencia en espacios donde hay otra/s madre/s.

"Él soñaba poder ver nacer a su hija. Para la ley, él la vio nacer, pero nunca la vio pasar por el canal de parto. Nunca vio cómo salió. No sé mi historia. No le podemos contar a ella cómo nació". (Luisina).

Josefina solicitó ser acompañada por su madre. En realidad, deseaba estar acompañada por su marido, pero no era posible ya que la habitación era compartida con otras tres mujeres.

"Él solo podía verme en el horario de visita. Me explicaron que está prohibido que haya hombres durante la internación. Aunque a una amiga mía sí la dejaron estar acompañada por su marido en ese mismo lugar".

Wanda estuvo internada una semana, durante la cual su marido no la pudo acompañar (por ser hombre) a pesar de que estaba en una habitación donde no había nadie más.

"Estuve sola internada, salvo un día que pudo venir mi prima a cuidarme. Como tenía que levantarme a hacer las cosas, se me abrió la herida por hacer fuerza. Yo tenía un cuarto para mí, no había otro paciente. Fui a preguntar si se podía quedar mi marido, para que me ayudara a cuidar al bebé. Sí o sí tenía que levantarme para ir a buscar la leche, subir a otro piso. No podía hacer nada yo, me dolía; me dijeron que un hombre no, pero no tenía a nadie más que pudiera quedarse".

"Él estuvo durante todo el trabajo de parto, y cuando tocó pasar a la sala de partos también pudo entrar. En el hospital solo exigen que lleve el ambo. Los días que estuve internada no pudo quedarse a dormir, solo dejan que la compañía sea una mujer porque son cuartos compartidos". (Georgina).

Solo una de las entrevistadas pudo estar acompañada por su pareja durante su internación. En muchos casos, el cumplimiento de esta solicitud está atado a limitaciones de infraestructura, en particular a la carencia de suficientes espacios que aseguren la privacidad durante el trabajo de parto. Sin embargo, algunas de las denegatorias registradas en las entrevistas parecen surgir de decisiones arbitrarias o mal comunicadas.

Desde el Observatorio de Violencia Obstétrica alertan sobre los perjuicios de no cumplir con dicho inciso de la ley:

"La negación del acompañamiento tiene una influencia directa e inmediata sobre la salud psíquico-física de la mujer en trabajo de parto, interfiriendo negativamente en la fisiología y salud del desarrollo del mismo. Se deja a la mujer *sin interlocutores/as de confianza* y sin testigos de lo que acontece en su parto. Justificar esta práctica por falta de infraestructura o asepsia del ámbito no quita la responsabilidad del efector de salud correspondiente que infringe la ley y que lejos de garantizar la salud del evento que acompaña, la pone en riesgo". (Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

Esta negativa puede acarrear un plus de angustia para aquellas migrantes que llevan poco tiempo en el país, en cuyo caso los interlocutores de confianza cobran un valor extremo y la sensación de desprotección es mayor.

"Si estás sola como migrante para tu parto, no tienes a nadie. Ni a tu madre, que es tan importante". (Mariana).

En simultáneo a las restricciones al acompañamiento, algunas mujeres padecieron la falta de intimidad, debida a falencias de infraestructura pero también a la dinámica propia de la formación de residentes. Sus indispensables prácticas de atención directa a la población deberían ser respetuosas de la privacidad de las mujeres y contar con su consentimiento.

Elisa se preguntaba por qué había ocho personas en la habitación durante su trabajo de parto.

"¿Por qué tantas personas para ver a alguien parir?"

3.1. Experiencias y percepciones en relación al trabajo de parto, parto y posparto

La ley 25.929 explicita que “ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento (...) durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso” (Art. 2 inc. d). A pesar de ello, varias mujeres entrevistadas destacan que esta libertad no fue respetada, ya que se les planteó desde el inicio un escenario donde no era posible deambular ni elegir las posturas que consideraran acordes para transitar el dolor. La inmovilidad se agrava cuando, como práctica de rutina, se coloca una vía intravenosa en el brazo de la mujer y se monitorean en forma permanente los latidos del bebé, sus movimientos y las contracciones uterinas.²¹

A partir del momento en que le pusieron una vía con oxitocina sintética para inducir el parto, Mariana no pudo moverse ni deambular para transitar las contracciones de forma menos dolorosa: “Las contracciones eran mucho más dolorosas, se me rompía el cuerpo anclada en la cama”.

Luisina había acordado con la partera que no le harían tactos acostada, ya que sentía un fuerte dolor en esa posición. “Cuando mencioné esto a la nueva partera, ella me dijo (con tono amenazante) «ella te dijo eso, pero yo soy yo y necesito que estés acostada... Por tu seguridad, es mejor que estés acostada»”.

Georgina no podía moverse ni deambular porque estaba inmovilizada por el monitoreo y la vía intravenosa en el brazo. “Deberían dejar que haya libre movimiento. Además, tienen pelotas y sogas en la sala de parto, pero no te dejan usarlas”.

Además de las restricciones al movimiento, existen otras prácticas que se realizan frecuentemente (a veces de rutina) durante el trabajo de parto, parto y post parto. No son inocuas, y en ocasiones se ejercen omitiendo los deseos y requerimientos de la mujer, contradiciendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Ley de Parto Humanizado que rige en Argentina. Puesto que es habitual que una intervención genere la necesidad de otra, tiende a ocurrir lo que se denomina “cascada de intervenciones”. Se genera así una cadena de prácticas que no parecieran ser indispensables en los embarazos de bajo riesgo, que son los más comunes. Indagaremos en algunas de estas intervenciones desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas.

A cuatro de las entrevistadas se les indujo el parto a través de oxitocina sintética por vía endovenosa.

En el control de la semana 39, a Georgina le dijeron que si en la semana 40 no tenía contracciones, deberían inducirle el parto. Esto le resultó sorprendente, porque sabía que generalmente se espera hasta la semana 41. Pensó que tal vez el médico que la vería la semana siguiente no tendría ese criterio y esperaría a la semana 41. Cuando llegó al hospital ya tenía 2 centímetros de dilatación. No le explicaron por qué, pero de todos modos le pusieron oxitocina sintética. Pero no fue solo eso: “me querían romper la bolsa. Pregunté si no podíamos

²¹ “No se recomienda la cardiocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo”. Esta es una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los cuidados durante el parto y para una experiencia de parto positiva (OMS; 2018.)

esperar, y me contestaron «tenemos que ayudar», que no debía preocuparme, que no era «nada malo» que me rompan la bolsa».²²

La imposición de parir en forma supina (acostada boca arriba) y la negativa a aceptar una postura diferente propuesta por la mujer también aparecen en los relatos.

Cuando a Elisa le dijeron que debía acostarse en la camilla, dijo "yo no quiero parir así". De forma autoritaria y sin mayores explicaciones, el obstetra le respondió "tenés que hacerlo así".

Al notar que no se encontraba cómoda en forma horizontal, Georgina pidió pararse y agacharse para pujar. Le dijeron "no es necesario, ya falta poco".

"Luego del parto quedé con un dolor de sacro y coxis que no me dejaba sentar ni caminar. Dijeron que era muscular, para mí era óseo porque me hicieron parir en esa camilla de parto" (Luisina).

Al respecto, la obstetra entrevistada en el marco de la investigación señaló que

"durante mi residencia, las mujeres bolivianas se ponían en cuclillas ellas solas, y a pesar de eso las pasábamos a camilla de parto. Se hacía así, no se discute, no se le preguntaba a ella cómo quiere parir. 'Pasa a cama de parto' y listo. Tenían partos divinos, bastante veloces. También porque tenían eso histórico de ponerse de forma más cómoda".

Dos de las mujeres entrevistadas pudieron registrar que les realizaron la maniobra Kristeller,²³ cuya existencia desconocían. Ambas se sintieron atemorizadas en ese momento.

Marta cuenta que la cabeza de su bebe "salía y entraba de nuevo". Pone especial énfasis en que le hicieron presión sobre el útero (Maniobra Kristeller) y que se asustó con esa práctica.

La episiotomía²⁴ también fue una práctica frecuente

Mariana pidió explícitamente que no le hicieran esa incisión. Luego de que nació su bebé, comenzaron a suturarla. Preguntó y le dijeron que había tenido un desgarro. Más tarde, su ginecóloga le confirmó que le habían hecho una episiotomía.

Luisina también solicitó infructuosamente que no le hicieran la episiotomía. "Me puso anestesia local y me cortó cuando le estaba diciendo «no me cortes». Cuando terminaron de suturarme me dijeron «listo, te dejé como nueva». Yo ya no tenía ni ganas de dirigirle la palabra, no podía, no me salían las palabras. ¿Cómo me podés decir eso?"

²² No se recomienda el uso aislado de la amniotomía o rotura para prevenir el retraso en el trabajo de parto (OMS, 2018).

²³ Esta maniobra está categóricamente desaconsejada por la OMS por los múltiples y altos riesgos que representa para la mujer y el/la bebé. En algunos países incluso está prohibida. Sin embargo, en nuestro país sigue siendo una práctica cotidiana que va desde el empuje con la mano, hasta que un/a profesional se suba completamente sobre la mujer" (Observatorio de Violencia Obstétrica; 2015:5).

²⁴ La episiotomía es una incisión quirúrgica de vagina y periné al momento del alumbramiento. Sus beneficios son cuestionados por diversos estudios, e incluso la OMS señala que "puede tener efectos físicos y psicológicos, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante". En Argentina es casi un procedimiento de rutina que se realiza sin el consentimiento informado de las mujeres.

Siete de las entrevistadas relataron haber visto o tenido en el pecho a su bebé durante un breve lapso, entre treinta segundos y cinco minutos.²⁵ Luego se lo/a llevaron para bañarlo/a, vacunarlo/a y pesarlo/a (tres de ellos/as acompañados/as de su papá). La separación fue desde unos minutos hasta un día y medio. Quienes no recibieron información clara sobre el procedimiento y sus motivaciones lo vivieron con sorpresa, ansiedad o angustia.

“Me dejaron en un pasillo sola durante 2 horas. Más tarde digo «explíqueme dónde está mi hija». Me preocupaba mucho el estado de salud de mi beba y no me explicaban nada. Recién a las tres horas mi marido me avisó que estaba con la beba, y que estaba bien. Fue una película de terror. Luego de esa espera en el pasillo, me trasladaron a una habitación y allí pude encontrarme con mi beba. Lamento que no existió la hora de oro y que no le hicieron el corte tardío de cordón. Eso me dejó un sabor metálico, pero lo importante era que mi hija estaba bien. Todo lo que yo quería y soñaba no pasó, te roban el momento” (Alina).

“Cuando mi hija nació, me la dieron y enseguida me la sacaron. Fue muy fuerte no tenerla cerca, yo no conocía ese procedimiento. No había sido así en mi primer parto” (Mariana).

“Me dejaron a la beba sobre el cuerpo unos minutos y se la llevaron a realizarle los procedimientos de rutina. Quedé en un pasillo durante unas dos horas a la espera de volver a encontrarme con ella. Cuando me la devolvieron, lo primero que pensé fue «no me la sacan más»” (Luisina).

Otra solicitud ante la que se relevaron respuestas negativas refiere a la intención de llevarse la placenta. Aquí aparecen dos cosmovisiones muy diferentes. Por un lado, en algunos servicios de salud es considerada "residuo patológico" y por lo tanto hay que desecharla. Por el otro, para algunas mujeres (e incluso para algunas culturas) representa algo muypreciado.²⁶

“Ya estaba muy adormecida, muy drogada por los químicos. Pregunté muchas veces por la placenta. La quería ver para decirle «gracias», no me la quería llevar, les dije eso... La enfermera y la doctora se burlaron, diciendo «esta es otra hippie más»” (Elisa).

Mariana aprendió en su primer parto que la placenta es algo muy valorado y a preservar. Recuerda con tristeza la imagen de cuando la desecharon en el hospital: “Fue como una segunda muerte ver que la tiraban al tacho”.

“Cuando pedí la placenta me miraron como si estuviera hablando en chino. Me dijeron que era «muy chiquita y vieja, va para observación. Ya estuvo en tu vientre, cuidó a tu bebé, nace el bebé y cumple su misión. Olvídate de ella». Luego supe que era una excusa y que nunca la habían mandado a observación. No tengo ni idea de dónde quedó, en un tacho de basura seguro. Quería verla, conocerla” (Luisina).

Más allá de que en algunos hospitales esta negativa se relaciona con protocolos internos, aquí entran en juego percepciones sobre las actitudes y prácticas que se

²⁵ Los primeros 60 minutos desde el nacimiento suelen llamarse “hora sagrada” o “de oro”: “Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento, para prevenir la hipotermia y promover la lactancia” (OMS, 2018).

²⁶ Después del parto, las familias quechuas y aymaras (entre otras) entierran la placenta para asegurar buena salud para madre e hijo/a y una lactancia exitosa.

asocian a ciertos colectivos de migrantes, basadas en preconceptos y estereotipos. Percepciones que van atadas a juicios de valor y que pueden terminar además en situaciones de maltrato y/o discriminación.²⁷

Tres de las entrevistadas percibieron situaciones de discriminación y maltrato para con otras mujeres migrantes internadas.

“Te preguntan si estudiaste... Te empiezan a tratar de forma diferente cuando decís que sos licenciada, te da un estatus, hay una sobrevaloración de lo que llegaste a estudiar, cambia el trato. Hay clasismo. Había una chica de Bolivia que la trataron muy mal. Estaba su bebe en neonatología porque una enfermera le puso mal una vacuna, tenía mal la pierna. Se burlaban de ella, la burlaban, porque no iba todos los días a verlo. Tenía otra nena y tres trabajos distintos” (Elisa).

“Una madre migrante, muy humilde, se quejaba mucho, y la callaban «mamita, mantenga el silencio»” (Luisina).

A cuatro de las diez entrevistadas les hicieron una cesárea.²⁸ Tres de ellas consideran que no recibieron el trato y/o la información que ameritaba la situación.

Sacha sintió ansiedad y temor cuando le comunicaron que le harían una cesárea, ya que tenía miedo que hicieran algo que lastimara a ella o a su bebé.

Alina comenta que cuando llegó el doctor que realizaría la cesárea, ni se presentó. “Le dije «hola, soy su paciente». Durante la operación, los médicos hablaban entre ellos sobre viajes, fútbol y restaurantes. Me sentí maltratada, y encima a mi compañero no le permitieron estar presente”.

“Cuando fui a cesárea no me hablaban ni explicaban nada. Los médicos hablaban entre ellos. Solamente una enfermera me explicó lo que iban a hacer. Yo tenía miedo de que hubiera complicaciones en la operación”. En el caso de Wanda, la falta de información sobre lo que estaba ocurriendo excedía a la cesárea. Wanda es portadora de VIH, tiene dos hijos y se encuentra en una situación económica y familiar delicada, por lo que no quiere volver a quedar embarazada. Durante los controles de su tercer embarazo, una obstetra la informó sobre métodos anticonceptivos y Wanda decidió hacerse una ligadura de trompas junto con la cesárea. “Había firmado un papel para que me ligen. A los dos días pregunté si me habían hecho la ligadura y dijeron que no. Me dijeron que no podía todavía, porque tengo 23 años y soy joven. Que tengo que tener más de 35 años. Quería eso sí o sí porque no quiero más hijos... No puedo tener más hijos por el tema del VIH”.²⁹

Una de las entrevistadas se sintió amenazada por la posibilidad de que le hicieran una cesárea injustificada.

Elisa rompió bolsa en la semana 33 de embarazo. Quería tener un parto “lo menos intervenido posible”. En el hospital acordaron que si los controles

²⁷ Uno de los estereotipos más escuchados es el de la mujer boliviana sumisa, “que no se queja, que no pide nada”. Se puede pensar que “el silencio es la opción válida para enfrentar el momento complejo de estas mujeres (...) que deben transitar muchas veces con sufrimiento prácticas médicas extrañas y lejanas a lo que ellas consideran para parir a sus hijos/as” (Baeza, 2014: 194).

²⁸ Según diversos/as especialistas, Argentina está muy por encima del porcentaje sugerido de cesáreas por parte de la OMS “El dramático crecimiento del índice de cesáreas a nivel mundial, ha sido descrito por la OMS como una epidemia y un grave problema en materia de salud pública”. El uso médicamente justificable para esta cirugía mayor es en 1.5 de cada 10 nacimientos. (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

²⁹ A partir de 2006, la Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica garantiza el acceso a la ligadura tubaria y a la vasectomía como un derecho de todas las personas. La anticoncepción quirúrgica también forma parte del Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total (Resolución 755/2006).

iban bien, esperarían 48 horas a que se desencadenara el parto. Esa misma noche estaba comiendo chocolate cuando entró el obstetra de guardia: «Vos dejá de comer que te vamos a operar ya. Vas a cesárea en 20 minutos». «No me trate así, no soy ganado», le dije. «Tenemos órdenes de operar a todas las que están internadas. Ya tendrías que estar en ayunas». «A mí no me saca nadie de acá» le dije. Se fue enojado. Me comuniqué con mi partera, que me dijo que insistiera: «Decile que escuche los latidos, que si el bebé está bien, te dijeron que esperaban 48 horas». Se llevaron a la primera chica a hacerle la cesárea. Les repetí que a mí no me iban a llevar así nomás. Finalmente, a la mañana siguiente me indujeron el parto. Más tarde llegó una enfermera peruana que era muy amable y me confesó por qué tanto apuro: mi parto lo quisieron apurar porque empezaba el partido de fútbol contra Perú”.

Con respecto a la lactancia, nueve de las diez entrevistadas fueron asesoradas por una puericultora.³⁰ Algunas de ellas se enteraron que, durante el tiempo más o menos prolongado que sus hijos/as no estuvieron en contacto con ellas, se les había administrado leche de fórmula.

“A mi bebé la alimentaron con fórmula durante las primeras cinco horas que no estuvimos en contacto. Luego fueron respetuosos, le dieron lactancia mixta por unos días hasta que yo me restablecí después de la cesárea. La gente de la Liga de la Leche vino a verme varias veces y me asesoraron y contuvieron para que pudiera iniciar y sostener la lactancia” (Alina).

“Pude comenzar a amamantar a mi hija enseguida, sin embargo me dijeron que le habían dado leche de fórmula, según me dijeron para ver si «mamaba bien»” (Georgina).

Dos de las entrevistadas cuyos bebés estuvieron internados/as en el servicio de neonatología consideraron no haber recibido suficiente apoyo y acompañamiento por parte del personal de salud como para sostener la lactancia.

“Me dejaban ir a verla por cortos períodos para darle la teta. Pedí que dejaran por escrito que la beba solo tomaría teta, lactancia materna exclusiva. A pesar de esto, en dos oportunidades, al llegar, encontré que estaban alimentándola con mamera y leche de fórmula”. Ante esta situación, le pusieron diversas excusas, entre ellas la tristemente célebre frase “es que tu leche no la alimenta” (Luisina).

“Me dijeron que cada 3 horas lo podía visitar, que había horarios específicos. Una puericultora me asesoró. Y ahí le daba la teta. Averigüé con mi partera, que me dijo que le podía dar la teta a demanda, quedarme las 24 horas si no había ninguna emergencia en neonatología. Me dejaban un rato y me decían «mamá, váyase a dormir». Fui haciendo mi banquito [acopio] de leche. Algunas enfermeras igual solo querían darle fórmula. Les pedía que le dieran mi leche y no me escuchaban. Un día dije «voy a hablar con la coordinadora de neonatología». También le pusieron chupete, aunque les pedía que no hagan eso. Después tomaba mucha teta y les tuve que insistir para que dejaran de darle a través de la sonda”. Luego de sus reclamos, le permitieron quedarse durante las dos semanas de internación, alojada en una habitación donde dormían las madres que vivían lejos del hospital y amamantaban. Allí les daban desayuno, almuerzo y cena (Elisa).

³⁰ “Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos”. (Recomendación N°49, OMS; 2018).

3.2. Comunicación y consentimiento informado

El lenguaje médico es de por sí excluyente. Los términos utilizados son difíciles de comprender para cualquier persona que no provenga de esa misma disciplina, y rara vez son “traducidos” para que resulten accesibles. En el caso de la población migrante, las diferencias en la terminología pueden llevar a malentendidos o a la total incomprensión. Estos ruidos en la comunicación pueden ser leídos por el personal de salud como desinterés, irresponsabilidad o ignorancia. Cuando en realidad podrían no suceder si se generara un ámbito amable, que incluyera tiempos para la escucha y para habilitar un diálogo sin asimetrías.

“El término *partera* me hizo pensar que esta persona tenía una formación similar a quienes habían acompañado mi primer parto, desde un lugar humanizado, amable, de contención, respeto y amorosidad. Pero en seguida ante el primer tacto de la partera (brusco, doloroso y sin explicaciones), entendí que no era así. A partir de esa situación, me bloqueé”. (Mariana).

Estos “desencuentros” del lenguaje pueden agravarse cuando el idioma de la mujer es diferente al que se habla en el país. La obstetra entrevistada en el marco de esta investigación, que atendió a muchas personas oriundas de China, señaló que

“es imposible llevar adelante un control de embarazo o realizar un acompañamiento amoroso durante el trabajo de parto cuando la paciente no habla castellano. Haces el examen físico y no interactúas, pones en la historia clínica *interrogatorio dificultoso* y no sabes nada”.³¹

Cuando hay disponibilidad y posibilidades, el personal de salud pone en marcha estrategias artesanales para sortear el obstáculo comunicacional. A Sacha, una joven haitiana francófona, le ofrecieron convocar a una persona que trabajaba en el hospital y hablaba francés para que le tradujera cualquier palabra que no comprendiera.

En variadas situaciones, las mujeres consideraron que no tuvieron la información necesaria sobre los procedimientos realizados sobre su cuerpo o el de su bebé. Esto es de gravedad, teniendo en cuenta que la ley³² garantiza su derecho a ser informadas sobre los posibles caminos a tomar. Más aún, deben poder opinar al respecto.

“La salud pública en Argentina es realmente de calidad, pero lo peor que tiene es la omisión, ya que no brindan la información necesaria, y eso es violencia” (Alina).

³¹ Entrevista a Sol Damore (obstetra), realizada por Laura Paredes en junio 2020.

³² El consentimiento informado “no es el requisito de suscribir un instrumento escrito, sino de brindar la información necesaria en lenguaje claro, sencillo, accesible y de modo cordial a las personas sobre las que se pretende realizar prácticas en salud” (Chiarotti et al, 2003: 35). “El consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas” (OMS, 2019).

En Argentina, la Ley 25.929 establece que cada mujer tiene derecho a “ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas”.

3.3. Evaluando el proceso

Al finalizar cada una de las entrevistas se le solicitó a las mujeres que evaluaran globalmente su proceso de parto. Estas fueron sus experiencias:

Josefina considera que recibió buen trato, “cumplieron con hacer un parto respetado y siempre estaban pendientes”. Esto, porque le informaron sobre todos los procesos que realizaban y no sintió incomodidades.

Karina también considera que su experiencia fue buena: el personal de salud eran “buenas personas que me explicaban las cosas, siempre me atendieron bien, siempre me atendieron cuando necesitaba”.

“Para estar sola con mi marido en Argentina, diría que nos fue muy bien” (Georgina).

“Fue todo muy bueno. La doctora que me veía me dijo que podía volver cuando quiera” (Sacha).

“Creo que comparativamente tuve suerte, porque mi partera privada conocía a la directora del hospital y le pidió que respetaran mis decisiones. Si no, muchas cosas podrían haber salido mal. Luego también tuve suerte porque me tocaron médicos migrantes, uno de Ecuador y una de Colombia, que fueron muy amables. También, porque yo estaba informada, el trato era diferente en comparación con las demás” (Elisa).

Alina recuerda los temores y angustias que transitó durante el nacimiento de su bebé, pero también destaca los conocimientos de los médicos. Dice que para ella hoy lo más importante es que su “hija está bien de salud”.

Las reflexiones y vivencias presentadas en esta sección muestran el abanico de experiencias que signaron los embarazos y partos de este conjunto de mujeres, así como las diversas lecturas que hacen de lo ocurrido. Varias enfatizaron la hostilidad institucional, a la vez que rescataron comportamientos y actitudes empáticas de personas singulares -casi siempre, otras mujeres-. Algunas, además, relataron su angustia por la distancia entre el parto que imaginaban y el parto que efectivamente tuvieron. Interesa destacar que, en general, la brecha entre uno y otro no se debió a emergencias o imprevistos, sino a lo que podríamos tildar de *sordera institucional*, paradójico efecto del estruendoso y estandarizado mecanismo médico que se pone en marcha, desde una perspectiva médico-hegemónica, para asegurar la salud materno-infantil. Más o menos informadas en relación a sus derechos, al parto humanizado o a la violencia obstétrica, todas las mujeres entrevistadas tenían claridad respecto de sus deseos y sus necesidades: sentirse escuchadas, estar acompañadas, permanecer junto a sus bebés... Ni más ni menos. Esperaban que la institución hospitalaria y el cuerpo médico las vieran y consideraran como personas completas, y no centralmente como un sistema reproductivo “en acción” dissociado de la propia mujer y de los lazos afectivos y sociales en los que ese embarazo y ese parto cobraban sentido y singularidad. Un sentido y una singularidad que no tienen por qué coincidir con las imágenes más difundidas de la maternidad ni con las creencias de las y los profesionales intervinientes, que por ejemplo le negaron a Wanda la ligadura de trompas por considerar que era “muy joven” -probablemente “muy joven” para saber qué era lo que deseaba y necesitaba-

La impresión que surge no es tanto que las mujeres disputen los saberes o conocimientos del personal de salud, sino que las subleva que en nombre de esos saberes se desestime su subjetividad, se minimicen sus deseos y se ignoren sus necesidades. En los ojos de la institución hospitalaria, el mismo hecho que las convierte en madres y en responsables de la vida de una nueva persona las convierte en niñas que deben delegar sus decisiones y relegar sus emociones.

Ya sea que respondan con la desobediencia o la sumisión, la clave de la interpelación es la misma: la asimetría, que es también la clave de las experiencias históricas y personales de género.

En este contexto, que se constituye en el cruce entre la institucionalidad y la condición de género, la Ley de Parto Humanizado es un primer paso para desarmar la des-subjetivación y des-humanización que, a pesar de las intenciones y voluntad de muchos/as profesionales, sigue siendo parte de las lógicas y las dinámicas hospitalarias. La sección a continuación presenta un conjunto de situaciones que muestran algunas de las muchas maneras en que la condición migratoria se pone en juego en estas complejas dinámicas.

4. CADA PARTO ES ÚNICO. RELATOS TRISTEMENTE PARADIGMÁTICOS.

Los relatos singulares incluidos en esta sección ilustran situaciones frecuentes de discriminación y violencia.

MARTA → "NO SE TIENE QUE ATENDER ACÁ, VUELVA A SU PAÍS". VIOLENCIA OBSTÉTRICA, MALA PRAXIS Y XENOFOBIA

Marta es una mujer peruana de 28 años. Durante su embarazo debió realizar todos los controles ecográficos en forma privada, ya sea porque no conseguía turnos en el hospital público de Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el que se atendía o porque le decían que no podían hacérselos para las fechas solicitadas. La obstetra que la atendía lo hacía junto con una médica residente, que estuvo presente frecuentemente a lo largo de su tránsito por el hospital y la maltrató desde el inicio. Le hablaba en voz muy alta (como si Marta no entendiera) y le hizo comentarios claramente discriminatorios, tales como "Ah, sos la peruana" (en tono despectivo), y "no se tiene que atender acá, vuelva a su país". Esta modalidad de interpelación, vinculada directamente a la condición de migrante de Marta, no es infrecuente en los ámbitos de atención de la salud. Además de generar angustia y malestar, atemoriza y amedrenta a las personas y las coloca en una situación perversa. Marta se sintió obligada a "elegir" entre la confrontación y su salud.

"Con el tiempo, cada vez que veía a la médica que me maltrataba, solo lloraba, y no contestaba nada, porque pensaba que si le contestaba algo me podía hacer algo malo a mí o después a mi bebé".

Durante el trabajo de parto estuvo sola, ya que a su marido no lo dejaron entrar porque la habitación era compartida. En un momento la durmieron, y al despertar le explicaron que le habían hecho una cesárea porque la beba "venía de cola". Pasó un día y medio hasta que la dejaron verla, sin un motivo claro ni explicaciones.

"Sentí nervios y muchos temores cuando no me la traían. Tenía miedo de que la cambien por otro bebé... Logré verla luego de pedírselo a gritos al jefe de obstetricia. Presentía que me estaban ocultando algo".

Su hija tenía los ojos rojos, moretones y una pierna torsionada, como si estuviera al revés (pie equinovaro). Le dijeron que se trataba de una malformación congénita. Más tarde, en un hospital infantil, le explicaron que el pie equinovaro podía vincularse a una mala praxis durante el parto. La niña estuvo con un yeso durante su primer año de vida, en ese lapso debieron operarla dos veces y tiene pendientes al menos tres operaciones más. Marta también fue víctima de mala praxis médica, ya que sufrió una fuerte infección producto de una gasa que le dejaron dentro del útero.

"Después del parto nos cambió la vida. Pasó a ser un infierno. Dedico mi vida a llevar a mi hija al hospital y a seguir el tratamiento. Me es imposible sostener un trabajo... Por eso tuve discusiones con mi marido y nos separamos... Tanto estrés y preocupaciones, dejé de atender mi salud, quedé embarazada nuevamente".

ALINA → “A UNA ARGENTINA LE HUBIERA PODIDO PASAR LO MISMO”. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Alina es una mujer venezolana de 43 años. Por su edad, durante su primer embarazo le indicaron realizar estudios complementarios. Demoraron en darle el turno para realizarlos, y la citaron para darle los resultados dos meses más tarde. En ese momento, dos médicos, con una “frialidad aterradora”, le explicaron que el feto tenía síndrome de Down y déficit de crecimiento. Alina considera que retrasaron intencionalmente la entrega de los resultados para que se pasaran los plazos en los que podría realizar la interrupción legal del embarazo.

“Creo que el retraso en la entrega de los resultados fue un poco deliberado, porque no me lo dijeron cuando vieron el resultado. Ese momento fue muy muy duro, en medio del shock que me dicen eso, fue terrible... Les digo que no quiero tenerlo en esa circunstancia. Me explican que la única opción es dar el bebé en adopción. Luego una psicóloga me hizo preguntas y dijo que yo tenía un perfil psicológico sano como para seguir adelante con ese embarazo”.

Se fue del hospital buscando alternativas, entre ellas realizar un aborto clandestino, pero siendo migrante se sentía en una situación de doble vulnerabilidad como para encarar dicha acción.

“Yo estaba sola, era extranjera, sin dinero. No conocía la ley argentina. Pensé que si atentaba contra la ley, podía ser un problema legal importante para mí. Estaba aterrada, desesperadísima. Fue un momento bien amargo y bien triste”.

Finalmente, en otro hospital de Ciudad Autónoma de Buenos Aires pudo recibir la atención y contención que ameritaba semejante situación.

“Tuve que hacer como un parto (*expulsión del feto*). Me tocó una partera amorosa. Me pusieron en una habitación aparte del resto de las mujeres, que estaban teniendo a sus bebés. Me dieron amor absoluto. Me ayudaron, fueron muy respetuosos”.

Luego, la jefa de obstetricia de ese hospital, mirando los estudios que le habían realizado, le dijo que presentaría una denuncia hacia los médicos que le habían entregado los resultados.

“Me dijo que me tendrían que haber anoticiado antes de esta situación. Que se tenían que dar cuenta porque se veía en los exámenes. Dijo que tuvieron un proceder inhumano”.

Alina reflexiona sobre las especificidades de esta experiencia siendo migrante:

“A una argentina le hubiera podido pasar lo mismo. No fue mejor o peor. Pero conoces menos gente y tienes menos opciones. No conoces la ciudad. Yo no sabía a dónde ir. Estás más desprotegida”.

Posteriormente volvió a quedar embarazada y tuvo una beba sin inconvenientes de salud, aunque padeció nuevos episodios de violencia obstétrica que se narran más arriba.

MARIANA → “SI HUBIÉSEMOS SIDO ARGENTINOS, ESTO NO HUBIERA PASADO”.

La primera hija de Mariana nació en Caracas, en su casa; fue una experiencia sumamente positiva y respetada. Unos pocos años más tarde, ya en Buenos Aires y embarazada nuevamente, desistió pronto de la opción de un parto planificado en domicilio, ya que el elevado costo lo volvía inaccesible para su trabajo precarizado e ingresos acotados. Así fue que inició los controles de su segundo embarazo en un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Su trabajo de parto y su parto se desarrollaron en ese hospital con mucha angustia, ya que se sintió violentada y ninguna de sus solicitudes fue respetada. Cuando nació su beba se la llevaron para lavarla, revisarla y vacunarla. Cuando se la devolvieron, notó que le faltaba un pabellón auricular. El neonatólogo no le dio ninguna explicación ni la contención necesaria para afrontar el shock. Mariana y su pareja hicieron una búsqueda en Internet para averiguar de qué se trataba. Descubrieron que la afección se denomina “microtia” y puesto que puede vincularse a fallas o problemas renales, debía realizarse de manera urgente un estudio para descartar esos riesgos. En ese hospital no hacían el estudio, así que la derivaron a otro, donde les informaron que recién podría hacerse 20 días más tarde, porque la beba no había nacido allí. Luego, en un tercer hospital, a pesar de la urgencia, les negaron inicialmente la atención de la niña porque aún no contaba con DNI.

“Si hubiésemos sido argentinos esto no hubiera pasado. Como migrantes tenemos esto de no tener las herramientas ni la fuerza para decir en un territorio ajeno: estos son mis derechos y los de mi nena”.

Cuando intentaron sacar rápidamente el DNI de su hija, aparecieron nuevos obstáculos vinculados a la situación documental de su madre y de su padre, cuyos DNIs de residente temporario estaban vencidos. Mariana y su esposo ya habían solicitado y obtenido la residencia permanente (y contaban con la resolución que lo acreditaba) pero aún no les había llegado el DNI físico a su domicilio. Es decir que por un retraso en la entrega de la documentación por parte del organismo público responsable, no pudieron inscribir a su hija inmediatamente.³³

Los derechos a la salud y a la documentación de una niña recién nacida resultaron vulnerados por la condición migratoria de sus padres. Finalmente, decidieron inscribir a la niña identificándose los padres con sus respectivos pasaportes. Esto significa que más adelante deberán solicitar la rectificación de la partida de nacimiento, de modo que en ella figuren los DNIs de los padres (cuyo número no ha cambiado entre la residencia temporaria y la permanente).

³³ Vale destacar que durante 2018 y 2019, por diversos motivos, la Dirección Nacional de Migraciones tuvo enormes demoras (de hasta un año) para otorgar turnos para trámites y para resolver las radicaciones y girar la información al Registro Nacional de las Personas para que confeccione los DNIs. Para más información ver el informe 2020 del Observatorio sobre Migración y Asilo en Argentina, titulado *El DNI ¿más lejos o más cerca?*, disponible en <https://www.caref.org.ar/publicaciones>

LUISINA → “JUSTIFICÁNDOSE EN EL PROTOCOLO DEL COVID-19, HICIERON TODO LO QUE NO QUERÍA”.

Luisina es una mujer colombiana de 37 años. Planificó un parto en su domicilio, acompañada de dos licenciadas en obstetricia, pero al iniciar su trabajo de parto debió trasladarse a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí le solicitaron su DNI para poder ingresar, lo cual la puso muy nerviosa, ya que en ese momento su residencia precaria exhibía una fecha vencida, aunque había sido prorrogada por una resolución de la autoridad migratoria.³⁴

Durante todo su trabajo de parto fue maltratada por una profesional que se mostró abiertamente ofuscada por tener que atenderla. “La puta madre, no me puedo acostar a dormir”, fueron las palabras con las que la recibió. Le recordaba permanentemente que mantuviera la distancia y se acomodara el tapabocas. Los tactos que le realizaba le resultaban sumamente “dolorosos y bruscos, era muy violenta en su trato”. Puesto que temía que decidieran hacerle una cesárea, decidió aceptar todo lo que le exigían y resignar sus necesidades y deseos para evitar mayores intervenciones.

“Para mí, acostarme y abrirle las piernas a ella fue como entregarme a que ella hiciera lo que quisiera, no respetar mis deseos ni preguntarme”.

Angustiada, preguntó varias veces cuando llegaría su pareja. La respuesta era que estaba haciendo el proceso de esterilización para ingresar a la sala de parto. La situación le resultaba más violenta aún porque sentía que uno de los médicos residentes parecía querer seducirla, mientras ella se encontraba dolorida, en bata y sin ropa interior. Su pareja recién pudo ingresar cuando ya había nacido la beba. Luisina sospecha que fue demorado intencionalmente, para poder realizar con mayor libertad intervenciones sin consentimiento.

“Creo que es un poco intencional... es más fácil manejar a la madre que a la mamá y el papá. Ellos saben que estás entregada a la situación y saben que el dolor y algunas cosas que pasan se olvidan... Su papá no pudo ver cómo nació...”

A su bebé le subió la bilirrubina. Puesto que en la sala donde debía quedar internada había casos de COVID-19, Luisina y su pareja preferían irse y hacer un tratamiento ambulatorio (que, según otras profesionales, era una opción posible). Ante su resistencia a quedarse internadas, algunos de los profesionales cuestionaron su responsabilidad como madre y le sembraron temores varios, de modo que finalmente decidieron quedarse.

“Estaba exhausta, ya no tenía la confianza en mí como para pelear e irme... Cuando estás en la institución estás un poco en la cárcel, tenía que hacer lo que ellos me decían, porque si yo no lo hacía, ellos igual lo iban a hacer. Si no quería el tratamiento, igual no me daban la salida”.

Evalúa su experiencia de la siguiente forma:

“Haber parido en ese lugar fue una desilusión. La parte más importante, el período expulsivo, fue de terror. Pero me siento bien porque el trabajo de parto lo hice sola. Yo di todo de mí.”

³⁴ Debido al aislamiento social preventivo obligatorio, a partir de marzo de 2020 y hasta la fecha de redacción de este informe, la Dirección Nacional de Migraciones, como tantas otras oficinas públicas, prácticamente no atiende al público. Las certificaciones de residencia precaria se fueron renovando automáticamente, mediante resoluciones masivas, pero recién a mediados de abril fue posible descargar, a través del sistema la residencia precaria con la fecha actualizada. Hasta ese entonces, las personas podían acompañar la residencia precaria emitida por DNM (cuya vigencia ya había vencido) con una copia de la resolución que la prorrogaba.

“Si yo no hubiera sido migrante no hay situación específica que sienta que hubiera sido diferente. El hecho de haber parido en pandemia neutralizó el hecho de ser migrante, porque hizo que a todas nos hayan quitado muchos derechos, como el de haber sido acompañada. Quedé a la par de todas. A todas nos daban 45 minutos para ver a la pareja... Están más empoderados en el protocolo del COVID para hacer lo que quieren”.

Esta percepción de Luisina es compartida por varias personas que trabajan en pos del parto respetado, quienes coinciden en afirmar que varios de los protocolos establecidos para hacer frente a la pandemia parecen haber resultado en retrocesos y tal vez en suspensión de derechos.³⁵ Luisina y su pareja están recopilando información para efectuar una denuncia sobre el maltrato recibido.

Si bien la condición migratoria no pareciera ser necesariamente en sí misma un factor que “dispara” la violencia obstétrica, sí da lugar a una experiencia diferencial por diversas cuestiones. Por un lado, porque las mujeres perciben claramente las desigualdades a las que dicha condición las expone (de manera concreta o potencial) y saben que la misma condición que genera la desigualdad restringe su repertorio de herramientas para enfrentarla. La residencia precaria de Luisina exhibía una fecha vencida, aunque había sido prorrogada automáticamente por la autoridad migratoria. Se trata de una situación que jamás hubiera enfrentado una mujer argentina. ¿Cómo hace una mujer migrante, con trabajo de parto en curso, para explicarla a la administración de un hospital y que su explicación resulte creíble? Alina sostiene que la demora (intencional) respecto a los resultados de sus estudios también podría haber ocurrido en el caso de una mujer argentina -sospecha que es confirmada por abundante evidencia-. No obstante, ninguna argentina (por más que desconociera acerca de la interrupción legal del embarazo) tendría la preocupación de que la ILE deviniera en un “antecedente” que pusiera en riesgo la continuidad de su residencia en el país. A la angustia por la microtia de su hija, Mariana debió sumarle los obstáculos, surgidos directamente de la condición migratoria de los padres, que demoraban los estudios que con urgencia requería la beba.

Por otra parte, por el desplazamiento que conlleva, la migración implica la construcción de nuevos lazos y redes sociales en el lugar de destino. Especialmente para quienes no tienen parientes o amistades que hayan migrado previamente, los primeros tiempos pueden ser solitarios o de sociabilidad limitada. Varias de las mujeres entrevistadas hicieron referencia a la acotada ayuda que podía provenir de estas redes pequeñas o frágiles y la ansiedad e incertidumbre que ello les generaba. La falta de madres, hermanas o amigas cercanas que pudieran acompañar y cuidar es, una vez más, una dimensión asociada a la condición migratoria.

Finalmente, la condición migratoria está directamente relacionada con la discriminación, la xenofobia y la estigmatización. Si se trata de situaciones de por sí difíciles de afrontar en la vida cotidiana ¿cómo puede lidiar con ellas una mujer embarazada o parturienta en un contexto institucional/ hospitalario que es vital para ella y para su bebé? Marta se refugió en la sumisión como manera de evitar posibles daños y solo pudo denunciar lo ocurrido tiempo más tarde, como se analiza más abajo.

³⁵ Según señalaron las profesionales del Servicio Social de CAREF, como efecto de la suspensión de estudios y controles, muchas mujeres llegan al momento del parto con menos pautas para el cuidado personal y de alarma. A ello se suma un faltante de análisis que históricamente se consideraron esenciales y que en el contexto de pandemia parecieran haberse vuelto prescindibles, lo que reduce las posibilidades para prevenir y/o detectar ciertos riesgos. Además, la falta de acompañamiento por parte de los servicios de salud puede acarrear mucha incertidumbre y angustia en las mujeres y sus familias.

5. LA COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

“La ley de parto respetado busca rescatar y destacar su aspecto profundamente humano y natural. Es no reducirlo a una mera intervención quirúrgica. Mirarlo desde el punto de vista de la salud y no del de la enfermedad. Recordar que antes que nada, este es un momento de familia.”³⁶

La vivencia del parto depende de múltiples factores: “de la personalidad, de los imaginarios sociales, de la información, de la contención, de la libertad de movimiento, del apoyo recibido, de la tranquilidad, de la intimidad, de la concentración, de la confianza, y de la posibilidad de vivir el parto como algo propio” (Magnone Alemán, 2013:88). A cada tipo de parto lo subyace una concepción de la mujer, de la niñez, de la salud, de los derechos a la información, del consentimiento informado. Lamentablemente,

“las políticas de salud actuales incorporan compulsivamente a las mujeres embarazadas a los controles médicos de formas que no implican un empoderamiento y una responsabilidad de la propia salud y las decisiones ligadas a ello; sino desde una concepción de control para la mejora de los indicadores de salud básicamente en lo que respecta a la disminución de muertes materno infantiles, independientemente del trato, el cuidado y las decisiones de las mujeres” (Magnone Alemán, 2011:13)

Por estos motivos, la violencia obstétrica es multifactorial y difícil de desentramar, ya que comprende un conjunto de prácticas que suelen estar social y culturalmente introyectadas y naturalizadas, tanto por parte de las/os operadoras/es de salud como por las mujeres. A ello se suman las asimetrías, relaciones de poder y situaciones de violencia y subordinación que ocurren en el propio sistema de salud. A menudo, las y los pacientes resultan los destinatarios finales de estas cadenas de malos tratos. Como expresaron dos profesionales entrevistadas:

“En los servicios de salud no es raro que los propios trabajadores sean maltratados, sobreexplotados, les falten insumos, etcétera. No hay ni buenos, ni malos en los ámbitos de salud. Es complejo... Es verdad que hay una perspectiva muy sesgada, muchos profesionales están formados y deformados desde el maltrato y la vulneración.”³⁷

“Yo ejercí violencia obstétrica, tuve que pedirle perdón a una paciente porque le grité. Tenía un cansancio terrible. Tenía un día libre al mes, trabajaba de lunes a lunes... La realidad es que muchas veces no acompaña la infraestructura para garantizar la Ley de Parto Humanizado. Tener privacidad, con dos mujeres con cortina de por medio, no es posible.”³⁸

Barrios Colman sostiene que es difícil romper con la lógica hegemónica:

“los efectores/as de salud que quieren ejercer su profesión desde el modelo de humanización se sienten, en su gran mayoría, atacados/as por el sistema y hasta, en ocasiones, rechazados/as. Predomina la concepción de que una

³⁶ Asociación Argentina de Parteras Independientes (AAPI), <http://www.parterasindependientes.com/parto-respetado/>

³⁷ Entrevista a Julieta Saulo (puericultora y Coordinadora del Observatorio de Violencia Obstétrica), realizada por Laura Paredes en febrero de 2020.

³⁸ Entrevista a Sol Damore (obstetra), realizada por Laura Paredes en junio de 2020.

mujer embarazada es un cuerpo enfermo, por lo que será tratada conforme los mandatos de la ciencia y la institución a la que asiste: esto no es ni más ni menos que una construcción social” (Barrios Colman, 2018:3).

Quienes hacen una lectura crítica de la situación consideran que son pocas las acciones formales en pos de garantizar partos humanizados. Entonces, la posibilidad de asegurar derechos queda librada a las buenas intenciones, la formación y el compromiso individual de las y los profesionales. Aunque no sean muchas, es cierto que en algunos espacios comienzan a tomarse decisiones de índole política e institucional que impactan en las estructuras formales. A título de ejemplo, una licenciada en obstetricia entrevistada destacó la decisión del director de un hospital público de indagar los motivos que llevaban a las mujeres a planificar sus partos en otros hospitales. A partir de los resultados y las demandas de las mujeres, se incorporaron pelotas, lianas y banquitos para que puedan elegir la posición de parto que desean.

5.1. Algunas herramientas que fortalecen a las mujeres

La información, los espacios de pertenencia y acompañamiento, la posibilidad de efectuar una denuncia, son algunos de los factores clave para el fortalecimiento de las mujeres (migrantes y no migrantes) durante sus embarazos, partos y pospartos. Diversos relatos dan cuenta de que las “mujeres que conducen su propio proceso de parto se empoderan”,³⁹ adquieren confianza en sus saberes y fortalecen su autonomía. Esta última se vincula “no sólo al principio de libertad de acción y a las nociones de independencia en todas las esferas de la vida social, sino también a la agencia de las mujeres y al reconocimiento de su papel activo en transformar las relaciones sociales de género que perpetúan la discriminación y la desigualdad” (Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad; 2020).

Las redes vinculares de acompañamiento generan un impacto positivo: son una fuente de apoyo durante y luego del embarazo, y pueden ser un lazo contenedor luego de haber sufrido violencia. En ese sentido, algunas de las mujeres entrevistadas expresaron mayor angustia por la falta de familiares o redes sociales de sostén durante su embarazo, parto y puerperio. Siendo migrantes recientes, no habían logrado aún fortalecer nuevos vínculos en Argentina.

Alina comenta que, luego de haber sufrido violencia obstétrica, sintió fuertemente el “ser extranjera, no tener una red de acompañamiento ni un espacio que me ayude a des-alienarme. No contar con mi mamá, ni con mis amigas, ni con mi abuela... y además, a los dos días mi marido tuvo que volver a trabajar”.

La ausencia de redes dificulta la contención emocional y la organización de las tareas de cuidado del bebé, de otros hijos e hijas o de la propia mujer durante el embarazo.

Mariana vivió con mucha angustia las últimas semanas de embarazo. Su marido trabajaba todo el día y ella quedaba al cuidado de su hija mayor, sin ayuda ni compañía. Temía estar sola para el momento del nacimiento de su bebé, ya que su marido trabajaba de manera precarizada y tal vez no podría retirarse al momento del parto.

Los espacios de participación, contención y acompañamiento durante el embarazo, parto y puerperio pueden complementar las redes vinculares o aliviar su ausencia.

³⁹ Entrevista a Mario Róvere (médico), realizada por Laura Paredes en junio de 2020.

Solo tres de las mujeres entrevistadas encontraron ámbitos de estas características, ya sea en las charlas de parto del hospital o en actividades paralelas externas (grupos de gestantes, partera y *doula*). Estos espacios permiten generar lazos y redes, el encuentro con otras mujeres en situaciones similares, y el intercambio de referencias sobre servicios de salud accesibles, “amigables” y que respeten su voz.

“Sentí contención en el hospital, sobre todo con la recepcionista, que nos daba siempre prioridad a las embarazadas. Además en la sala de espera coincidía con otras embarazadas y ahí charlábamos sobre lo que nos estaba pasando” (Josefina).

“Me costó un tiempo sanar un montón de cosas que tienen que ver con sentirte culpable, porque no tuvimos contención en ningún momento en este proceso” (Mariana).

Es de suma importancia que existan políticas públicas para la creación y sostenimiento de estos espacios, donde las mujeres (migrantes y no migrantes) puedan obtener información, despejar dudas y temores y conocer los derechos que las asisten.⁴⁰

Puesto que la violencia obstétrica no se encuentra tipificada en el código penal, no es judicializable. Sin embargo, es posible presentar una queja administrativa a partir de la cual “se busca que, a través de un dictamen, los efectores de salud y sus equipos revisen y modifiquen sus prácticas naturalizadas”.⁴¹ Es decir que las recomendaciones, advertencias o sanciones para con el personal de salud corren por cuenta de cada institución.

Según el informe *Con todo al aire* (Chiarotti, García Jurado et al, 2003:3) “la idea de que siempre existieron esos comportamientos y actitudes, y que seguirán existiendo”, puede desalentar a las mujeres a denunciar, lo cual sólo contribuye a reforzar su naturalización. Sucede además que las mujeres que atraviesan una situación de violencia obstétrica “a menudo son silenciadas o tienen miedo a hablar por temor a los tabúes, el estigma o la creencia de que la violencia que han sufrido podría constituir un acto aislado” (OMS, 2019: 8). En el caso de las mujeres migrantes se puede sumar el fantasma que las atraviesa ante la posibilidad de efectuar cualquier tipo de denuncia: el temor a ser perseguida, denunciada y expulsada del país.

Desde el Observatorio de Violencia Obstétrica señalan que

“La ley de parto respetado es de avanzada en el mundo. Pero es difícil de implementar a nivel territorial. No se dieron cambios sustanciales a partir de la reglamentación. Es clara, no da lugar a subjetividad, pero no se está aplicando. De hecho, hay muy poco conocimiento sobre la ley en el propio ámbito público”.⁴²

A pesar del intenso trabajo de difusión que se viene realizando desde algunos ámbitos públicos y desde la sociedad civil, existe desconocimiento de la temática y de la ley por parte de la población en general. Saber qué es la violencia obstétrica es una herramienta fundamental para registrarla, visibilizarla, ponerle nombre, reclamar y/o cuestionar las prácticas médicas. Se trata de contar con información para pensar al

⁴⁰ En algunos centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires se coordinan grupos de mujeres, charlas para embarazadas y puerperas y otros dispositivos para el acompañamiento de dicha población. Las organizaciones de base y de migrantes también funcionan como espacios de pertenencia, contención y difusión de derechos.

⁴¹ La Comisión Nacional Coordinadora de acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) se encarga de recibir las denuncias por violencia obstétrica.

⁴² Entrevista a Julieta Saulo (puericultora y Coordinadora del Observatorio de Violencia Obstétrica), realizada por Laura Paredes en febrero de 2020.

parto humanizado como un derecho a elegir y a exigir, no como algo que queda librado a la "buena voluntad" del personal de salud. Entre las mujeres entrevistadas, las que estaban informadas sobre el concepto de parto humanizado y/o sobre la Ley 25.929 pudieron percibir las prácticas que implicaron un avasallamiento a sus derechos, tuvieron elementos para cuestionarlas y, en el mejor de los casos, para eludir la violencia.

"Yo sé que hay leyes de parto respetado. No se la tienen que llevar tan rápido a mi beba, porque saben que estaba bien. Yo había investigado mucho y preguntaba mucho. No están acostumbrados a que les refuten. Todo es por protocolo, sin atender a la situación particular de cada persona. «¿Qué estás inyectándome?» preguntaba, y ahí me contestaban... Me tuve que hacer valer; si no, te pasan por encima" (Elisa).

Como contracara, quienes no conocen sus derechos no pueden exigir que sean respetados.

A ello se suma que la información sobre el procedimiento para efectuar la denuncia administrativa es casi nula. En el sitio web institucional de la Comisión Nacional Coordinadora de acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género⁴³ figura como requisito la presentación del "documento nacional de identidad de la denunciante". Si bien nos informaron por escrito que cualquier documentación de país de origen sirve a los fines de acreditar identidad, este requisito formal es un elemento más que puede desalentar a quien no posea documentación argentina.

Las entrevistadas que consideran que padecieron este tipo de violencia tienen la intención de "hablar para que no le pase a otras mujeres".

En septiembre de 2018, Marta presentó una denuncia por la situación padecida en la Defensoría del Pueblo de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la intención de que la médica que ejerció violencia para con ella "no vuelva a discriminar, que le quiten su licencia". Dos años más tarde, se siente frustrada porque su denuncia no avanzó. "Me dijeron que se iban a contactar conmigo, esperé. Me llamaron por más datos, fuimos. Después ya no más. Yo volví a ir y me decían que no tenían nada aún. Habré ido ocho veces."

Luisina está recopilando información para efectuar una denuncia sobre el maltrato recibido. Para ello, solicitó su historia clínica en el hospital, que le fue entregada dos meses más tarde. "Desafortunadamente no hubo parto respetado, no termina de ser suficiente para la ley. Igual quiero dejar reclamo puntualmente con el nombre y número matrícula de la obstetra". Además, tomó contacto con un grupo en Facebook donde las mujeres comparten este tipo de situaciones para construir estrategias conjuntas de denuncia colectiva, y para alertar sobre las instituciones más y menos respetuosas de la ley.

Si bien ciertas naturalizaciones pueden llevar a considerar la "no intervención" en el trabajo de parto y parto como una desatención, luego de haber vivenciado situaciones de violencia obstétrica las mujeres pueden iniciar un proceso reflexivo y crítico y accionar en consecuencia.

⁴³ CONSAVIG – <http://www.jus.gob.ar/media/3231590/instructivo.pdf>

Wanda revisa su experiencia y, ya pasado un tiempo, hace una lectura diferente: “Ahora que pienso, la cesárea no fue tan buena experiencia como creí en su momento. Era muy bruta la enfermera. Me sentí amenazada por ella. Me gritaba y me hacía doler”.

Mariana considera que aquella experiencia negativa le “da más fuerza, como migrante y como mujer; si tengo que invertir en mi formación para romper la cadena, lo tendré que hacer. Pienso hacer la diplomatura en doulaje. Esto tiene que ser tan vital, así como peleamos por la educación sexual integral, hay que acompañar a otras en su proceso de parto y lactancia. También es importante pelear por la violencia tan brutal y despiadada en el parto. No le estamos prestando atención. Seguimos multiplicándonos de esa forma”.

“Haber atravesado la situación me permitió ver en carne propia que faltan años luz para que haya respeto por el parto de la mujer. Mi aprendizaje es que toca seguir hablándolo, acompañando a mujeres que están en gestación, que se informen, que sepan cuáles son sus derechos, qué es lo que deben hacer. Es lo que ahora me impulsa, veo como una madre” (Luisina).

“Debí pedir ayuda, contar esto a las autoridades, no quedarme callada. Me sentía tan sensible” (Marta)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los relatos de las diez mujeres migrantes entrevistadas en el marco de esta investigación muestran experiencias de embarazo, parto y puerperio que tienen algunos denominadores en común con las mujeres no migrantes, así como especificidades diferenciales vinculadas a la condición migratoria.

Debe destacarse que los servicios de salud pública del Área Metropolitana de Buenos Aires no exhibieron barreras administrativas que obstaculizaran el acceso a la atención del embarazo y del parto. Todas las mujeres valoraron positivamente este derecho, y la mayoría de ellas estuvo conforme con la atención médica brindada, más allá de que se hayan sentido maltratadas o violentadas en algunas situaciones. Varias mencionaron la presencia de médicos, médicas y enfermeras migrantes en los servicios de obstetricia, lo que genera expectativas de mayor sensibilidad hacia la condición migratoria de quienes transitan allí sus partos. Algunos relatos y las entrevistas realizadas a profesionales de la salud dan cuenta también de la búsqueda de prácticas respetuosas y de intentos por generar espacios institucionales que desarmen los circuitos de violencia. La formación de residentes y de profesionales, así como las adecuaciones organizativas y de infraestructura son centrales para que surjan cambios sostenibles en el tiempo.

Tal como se planteó más arriba, varias de las situaciones que pueden leerse en clave de violencia obstétrica se producen en la intersección entre el género (y los imaginarios de género) y la institucionalidad hospitalaria/sanitaria. De esta intersección emergen la *sordera institucional* y el trato infantilizador y des-subjetivizante que casi todas las mujeres percibieron y al que reaccionaron con angustia, enojo, sumisión y rebeldía. Descripta en estos términos y acotada al parto, esta experiencia no pareciera anclarse necesariamente en la condición migratoria ni enfatizarla. No obstante, la condición migratoria (y las prácticas discriminatorias que a menudo “activa”) sí deviene un elemento fundamental a la hora de calibrar y comprender el impacto directo y los efectos colaterales de la violencia obstétrica.

La noción de “mujeres migrantes” engloba un universo con algunos aspectos comunes y con grandes diferencias. Experiencias diversas en cuanto a género, clase, etnicidad, educación, orientación sexual, competencias lingüísticas, edad, etc. dan lugar a una heterogeneidad de configuraciones y recursos para hacer frente a las estigmatizaciones (por mujer, por pobre, por migrante...) y a las vulneraciones de derechos. Las historias de Alina, Mariana, Marta, Wanda, Josefina, Sacha, Elisa, Luisina, Karina y Georgina muestran que no es lo mismo ser mujer y migrante que ser mujer migrante / con o sin DNI / pobre / con un trabajo precarizado / con HIV / no hispanoparlante / afro / universitaria / joven, etcétera.

El embarazo y el parto son parte de la naturaleza y parte de la cultura; fisiología y lazos sociales; úteros y sujetos; tiempo mensurable y tiempo emocional. El término *obstetricia* (y sus derivados: obstetra, obstétrica) alude a quien está al lado de la persona gestante, acompañando y esperando. Visibilizar situaciones y prácticas caracterizadas como violencia obstétrica apunta a recuperar el respeto, la escucha y el trato digno (nada más y nada menos) en un ámbito y una ocasión -el parto, el nacimiento- única y memorable, aunque olvidada. Ya se trate de mujeres, de mujeres migrantes, de mujeres migrantes adjetivadas, el reclamo, el deseo, la necesidad y el derecho son los mismos.

En este contexto, las políticas públicas son indispensables para:

- asegurar el acceso a la salud en los términos que establecen los artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones;
- definir, implementar, regular y fiscalizar estándares de atención;
- promover perspectivas y prácticas hospitalarias y de atención sensibles a las distintas realidades en las que las mujeres cursan sus embarazos y partos;
- prever las diferencias idiomáticas y establecer mecanismos institucionales para resolverlas;
- promover el uso de lenguaje claro y de un diálogo respetuoso en todas las interacciones entre las gestantes y el personal sanitario para zanjar en la mayor medida posible las brechas de comunicación;
- contribuir al fortalecimiento de perspectivas de género y derechos en las instituciones de salud;
- promover y difundir derechos, así como las herramientas para exigirlos;
- promover que las personas gestantes y sus hijos/as puedan transitar embarazos, partos y post partos libres de violencia.

Los activismos feministas han definido objetivos claros y contundentes, han trazado el camino y comenzado el recorrido. A medida que se vayan sumando personas, actores sociales y voluntades, el camino será más ancho y la llegada estará más cerca.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- BAEZA, B. (2014). "La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)". *Anuario Americanista Europeo*, 11; 2-2014; pp. 179-197.
- ----- y ALZEMBERG, L. (2017). "Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina". *Health Sociology Review Journal of The Australian Sociological Association*, 9.
- BARRIOS COLMAN, N. (2018). "Diferentes perspectivas de análisis de la violencia obstétrica". En *Revista MicroJuris*. Recuperado de: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/02/19/diferentes-perspectivas-de-analisis-de-la-violencia-obstetrica/>
- BELLI, L. (2013). "Violencia Obstétrica: Otra forma de violación a los Derechos Humanos". *Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7), pp. 25-34.
- BOSCO, M.; MESA, .E. y BACCIFAVA, G. (2020) "Grieta obstétrica", Comunicado. Rosario, Febrero 2020.
- CANEVARI BLEDEL, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud.
- CHIAROTTI, S.; GARCÍA JURADO, M.; AUCÍA, A. Y A. ARMICHIARDI (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR – CLADEM 2003.
- JELIN, E. (2006). "Migraciones y derechos: instituciones y prácticas sociales en la construcción de la igualdad y la diferencia". En A. Grimson y E. Jelin (comps.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Ley N° 25.929 (2004). Parto Humanizado. Recuperado el 05/03/20 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- CAGGIANO, S. (2007). "Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 27, pp. 93-106.
- CERRUTI, M. (2011) *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD; Centro de Estudios de Población- CENEP; UNFPA.
- CRENSHAW, K. (1989) "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *University of Chicago Legal Forum*: 1989, (8) 139-167.
- ----- (2012) [1991]. "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color". En R.L. Platero Méndez (coord.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 87-122). España: Bellaterra.
- KAPLAN WESTBROOK, L. (2015). "El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires". *Digital Collections*, N°2245, SIT Graduate Institute.
- LAS CASILDAS (2015). *Informe final sobre la encuesta de atención al parto/cesárea*. Argentina.
- MAGNONE ALEMÁN, N. (2011) "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica". X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- ----- (2013). "Modelos contemporáneos de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5, 2, pp. 79-92.
- MINISTERIO DE LAS MUJERES, GÉNERO Y DIVERSIDAD (2020) *Re nombrar, Guía para una comunicación con perspectiva de Género*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_una_comunicacion_con_perspectiva_de_genero_-_mmgyd_y_presidencia_de_la_nacion.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.*
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* Nota del secretario General.
- PIERINI, C. (2013). "Salud y cuidados durante el embarazo: la experiencia de mujeres migrantes en un Centro de Salud del sur de la Ciudad de Buenos Aires". *Temas de Antropología y Migración*, N°6, pp. 42-65.
- Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, Actualización 2019 (2019). Argentina: Ministerio de Salud.
- QUIJANO, A. (2000). "Colonialidad del poder y clasificación social". *Journal of World-System Research*, 11(2), 342-386
- SAYAD, A. (1984) "Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración". *Apuntes de Investigación del CECYP (Centro de Estudios en Cultura y Política)* N° 13, Septiembre 2008.
- WALLERSTEIN, I. y BALIBAR, E.(1991). *Raza, clase y nación.* Madrid: IEPALA.

