



Micropolíticas fisiológicas. Oxitocina, anestesia, cuidados e intervenciones en partos de Buenos Aires, Argentina

Physiological micropolitics. Oxytocin, anaesthesia, care and interventions in childbirth. Buenos Aires, Argentina

Lucrecia Raquel Greco



Edición electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/aa/10174>

DOI: 10.4000/aa.10174

ISSN: 2357-738X

Editor

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)

Edición impresa

Paginación: 165-183

ISSN: 0102-4302

Referencia electrónica

Lucrecia Raquel Greco, «Micropolíticas fisiológicas. Oxitocina, anestesia, cuidados e intervenciones en partos de Buenos Aires, Argentina», *Anuário Antropológico* [En línea], v.47 n.3 | 2022, Publicado el 17 diciembre 2022, consultado el 20 diciembre 2022. URL: <http://journals.openedition.org/aa/10174> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10174>



Creative Commons - Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional - CC BY-NC-ND 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Anuário Antropológico

v.47 n.3 | 2022

2022/v.47 n.3

Micropolíticas fisiológicas. Oxitocina, anestesia, cuidados e intervenciones en partos de Buenos Aires, Argentina

Physiological micropolitics. Oxytocin, anaesthesia, care and interventions in childbirth. Buenos Aires, Argentina

Lucrecia Raquel Greco



Edição eletrônica

URL: <http://journals.openedition.org/aa/10174>

DOI: 10.4000/aa.10174

ISSN: 2357-738X

Editora

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)

Referência eletrônica

Lucrecia Raquel Greco, «Micropolíticas fisiológicas. Oxitocina, anestesia, cuidados e intervenciones en partos de Buenos Aires, Argentina», *Anuário Antropológico* [Online], v.47 n.3 | 2022. URL: <http://journals.openedition.org/aa/10174>; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10174>



Anuário Antropológico is licensed under a Creative Commons. Atribuição-SemDerivações-SemDerivados
CC BY-NC-ND

Micropolíticas fisiológicas. Oxitocina, anestesia, cuidados e intervenciones en partos de Buenos Aires, Argentina

Physiological micropolitics. Oxytocin, anaesthesia, care and interventions in childbirth. Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10174>

Lucrecia Raquel Greco

Universidad de Buenos Aires – Argentina

ORCID: 0000-0002-7943-114X

lucregre@yahoo.com

Doctora, Profesora y licenciada en Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (ICA-FFYL/UBA). Actualmente actúa como profesora visitante en el programa de Pos graduación en Antropología de la Universidad Federal de Bahía. Integrante del Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance (ICA-FFYL/UBA) y actualmente participa de diversos grupos de investigación vinculados a pueblos indígenas, educación y lenguas (ETNOLINSI-UFBA, Brasil) y el proyecto Recanone de traducción de materiales indígenas, afrodiapóricos y latinoamericanos (UFRN, Brasil).

165

Basado en entrevistas a profesionales que actúan o actuaron en la asistencia a partos domiciliarios e institucionales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y periferia, este artículo indaga la práctica de algunas intervenciones y su relación con los “buenos cuidados”, las inteligencias corporales y la gestión/producción de autonomías de les parturientes. Se focaliza especialmente en la acción de la oxitocina endógena, oxitocina sintética y anestesia, para analizar cómo las elecciones y decisiones de acompañamiento de les asistentes configuran y co-crean micropolíticas del cuidado, produciendo fisiologías, temporalidades y relaciones.

Based on interviews with professionals acting in institutional and home deliveries in Ciudad Autónoma de Buenos Aires and its peripheries, this article probes into the practice of some interventions and their relationship with “good care”, body intelligence and production/management of labouring women’s autonomies. It focuses specially on the action of endogenous and synthetic oxytocin and anaesthesia, understanding the ways in which the assistants’ choices and decisions shape and co-create care micropolitics, producing physiologies, temporalities and relationships.

Partos; Antropología del cuerpo; Cuidados; Autonomía.

Deliveries; Anthropology of the Body; Care; Autonomy.

Fecundación. De ombligos y vínculos.

Y es aquí donde las luchas que los anticapitalistas podrían verse tentados a definir como ‘solamente’ parcelarias (como si les faltara alguna cosa) muestra su importancia. Por verse enfrentadas con situaciones concretas permiten aprender, es decir, volver a poner en política lo que parecía inevitable, (re) crear política en un nuevo modo.

(Stengers y Pignarre 2017, 68)

Las reflexiones sobre autonomías, inteligencias corporales, temporalidades, anestésias y oxitocinas que presento aquí son micro y macropolíticas y se fecundaron a partir de la atención sobre mi ombligo. Este espacio del cuerpo, que para algunos representa la máxima individualidad, es para otros un lugar de encuentro con los límites difusos de la persona, una huella de nuestro ser en el mundo vincular. Diversos colectivos humanos cuidan al ombligo, por ejemplo, enterrando el cordón y vinculándolo al territorio (Tibón 1981, Rosa 2011).

En enero de 2021 pasé por una cirugía no urgente de hernia epigástrica en Salvador de Bahía, Brasil. En el proceso, además de afectarme todos los problemas de desigualdad social y gestión del modelo médico hegemónico en un período particularmente necropolítico, se hizo notar también la presencia y reconstrucción de mi ombligo. Pocos días antes de la intervención quirúrgica, tuve consulta con una anestesista para completar el protocolo de la operación. La profesional, blanca como yo en el contexto de un estado mayoritariamente negro como Bahía, supo que yo nunca había usado anestesia en mis partos vaginales. En este contexto afirmó enfáticamente: “sufriste”. Le respondí: “no”. “Sufriste”, insistió. Subiendo el tono de voz, reafirmé: “no”. Y agregué: “tienes que respetar lo que cada uno siente, dolor no es sufrimiento”. Tensas ambas, continuamos completando el formulario, donde mi papel era encuadrar mis respuestas a las opciones preestablecidas, en las cuales no me sentía segura.

Esta discusión sobre la anestesia que permitiría reformar mi ombligo (que ya había pasado tres partos), en un contexto en el que mi vulnerabilidad ante la profesional, aunque existente, no era tan intensa como podría serlo para una parituriente de otro grupo social (racial, no cisgénero, de clase), me hizo pensar sobre los cuidados, autonomías e inteligencias corporales y sobre tiempos e intervenciones con sustancias sintéticas en los procesos de producción de nuevos ombligos.

Enfatizo especialmente en el uso de anestesia y oxitocina sintética (OS) por ser sustancias que desencadenan en los Trabajos de Parto (TP) reacciones cuasi antagónicas, en el marco de procesos fisiológicos donde también existen estados de excitación y relajación. Indagaré estos temas a partir de las experiencias de profesionales que actúan en partos hospitalarios y/o en Partos Planificados en Domicilio (PPD) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conurbano y Ciudad de La Plata¹. Las entrevistas fueron fruto de mis propias relaciones previas con los profesionales, recomendaciones de colegas/madres e indicaciones de los parteres

1 Les entrevistades concordaron en que sus nombres completos sean citados, tanto en la entrevista como en el momento de publicación del artículo. Además de la concordancia de les entrevistades, mantener los nombres en el caso de este artículo es una decisión para reivindicar la autoría de los conocimientos que elles aportan para pensar los temas que nos convocan. Por último, a pesar de no haber pasado por Comité de Ética el trabajo, desarrollado en Argentina, respeto las orientaciones de la Resolución 510/2016 de Brasil respecto a investigaciones con seres humanos.

Ana Paula Santos Rodrigues

entrevistades. Asimismo, me baso en mi propia formación en diversas áreas de atención a gestantes (doula, yoga, masaje y metodología de la colectiva Arte Gestante²), en mi participación en rondas de embarazadas, salas de espera y colectivos activistas contra la violencia obstétrica), en mis investigaciones anteriores con el tema (Greco et al. 2019) y en mi devenir como madre-parturiente. De esta manera busco senderos sentipensantes que permitan relajar y oxitocinizar orgánicamente nuestras percepciones de cuerpo, desanestesiarse las agencias, contracolonizar (Bispo dos Santos 2019) nuestros modos somáticos de atención e informar políticas públicas de cuidado perinatal.

El texto se pautará en dos movimientos. En las “Consideraciones teórico-políticas” desglosaré algunos ejes de problematización presentes en las experiencias de les entrevistades. Abordaré nociones de autonomía, cuidados e inteligencia corporal, considerando los tensionamientos que traen sobre presupuestos individualistas, así como sobre la noción de agencia. En seguida expondré brevemente las implicancias de la medicalización del parto y del nacimiento para poder pensar cómo se definen prácticas basadas en la “fisiología”, los diversos grados de intervención y el papel específico de las oxitocinas, anestésicos, así como de los cuidados que las generan, en los TP. Desde esta base, la segunda parte del texto, “Contracciones. Escuchando a las asistentes”, se centrará en las experiencias de formación, práctica y posicionamiento de les interlocutores, quienes de diversas formas se posicionan en el campo de los partos respetados (PR). Finalmente, argumento cómo específicas formas de cuidado son micropolíticas constitutivas de nuestras fisiologías como parturientes y nacientes. Por ello, considero que luchas “solamente parcelarias” como aquellas que abogan por los “buenos cuidados” (Mol 2008) en las prácticas de nacer y parir constituyen micropolíticas de la agencia/inteligencia corporal, espacios políticos de creación de mundos más “buenos para vivir (y sentipensar)”. No pretendo defender una posición a favor de partos sin intervenciones, o con menos recursos a tecnologías y sustancias. Considero así argumentos que reivindican el papel de las tecnologías en la producción de autonomía y las críticas a modelos de parto “natural” clasistas y opresivos (Gimeno 2018). Asimismo la existencia de partos fisiológicos e incluso respetados³ no es por sí una escena emancipadora para las mujeres y parturientes si no se sostiene en estructuras igualitarias más amplias⁴.

Gestación. Consideraciones teórico-políticas.

1 Autonomías, cuidados e inteligencias corporales

Los contextos de nacimiento son situaciones relacionales, que involucran al menos parturiente/feto(s) y en la mayoría de los casos otras personas y agencias diversas. También son situaciones performativas, donde se construyen y disputan prácticas/sentidos de autonomía y cuidados⁵ (hormonas, neurotransmisores, sustancias farmacológicas, entidades espirituales, hierbas, entre otras). Así, la intención de cuidar puede ser contraproducente alejándose de las dinámicas de “buen cuidado” (Mol 2008, 25/26, 68, 84)⁶. Asimismo, el propio “buen cuidado” tensiona

2 Se trata de una colectiva que componemos donde desde la danza butoh y otros ámbitos artísticos realizamos procesos de creación con gestantes (Greco y Dagnino 2019, 2020, 2021).

3 Utilizo la categoría Parto Respetado, que, pese a ser sinónimo de “humanizado”, no se inscribe en un modelo de lo que debe ser humano. Asimismo, se trata de la categoría utilizada por les entrevistades.

4 El film coreano de Im Kwon-taek “La madre alquilada”, narra la historia de una mujer contratada como vientre de alquiler a fines del siglo XIX para una familia de la nobleza. Ella sólo consigue parir con el abrazo del hombre (noble) que ama. El abrazo, calma a la gestante para poder dar a luz y prolonga una estructura trágica, donde la madre continúa en su rol subalterno. Los partos “naturales” pueden darse y se han dado en el marco de relaciones opresivas, así como pueden ser privilegios elitistas en algunos contextos (Ver X; Jerez, 2015).

5 Para diversos pueblos, los periodos de gestación, parto y puerperio involucran explícitamente un modo particular de existir. Por ejemplo, entre les mbya, durante el periodo de couvade, les progenitores no pueden alejarse del niño, pues el nhe´e del niño nacido está aún más próximo de aquellos que de este último (Macedo 2013, 199).

6 El “buen cuidado” contempla las especificidades de cada persona y situación, las posibilidades de fallas, la buena comunicación, el acompañamiento. Mol (ob. cit., 84) articula esta noción destacando que “[...] no se trata de un juicio o una descripción, sino de una intervención, crear un lenguaje [...]”.

Ana Paula Santos Rodrigues

también la noción de autonomía. Como destaca Mol (2008, 74), “mientras en la lógica de la elección la autonomía y la igualdad son buenas y la opresión es mala, en la lógica del cuidado la atención y la especificidad son buenas y la negligencia es mala”⁷. Por ejemplo, al argumento de autonomía ha sido movilizado por movimientos pro-cesaristas⁸ y en la demanda de intervenciones electivas cuyos efectos adversos han sido ampliamente documentados. En este sentido la movilización de la noción de autonomía no es inocente y se opera muchas veces desde lógicas individualistas, voluntaristas y meritocráticas que soslayan nuestras constitutivas interdependencias.

Sin embargo, las definiciones de las autonomías tienen infinitas aristas y pueden abordarse a partir de una perspectiva pluralista histórica (Segato 2015) donde se contemplen contextos, posiciones, experiencias, procesos históricos e incluso biológicos. Así, al pensar cómo se construye autonomía en los TP, aquí refiero a autonomías situadas que cuestionan las máquinas de subjetivación individualistas y promueven la reapropiación micropolítica de las fuerzas de creación y cooperación (Roelnik 2018, 35). Las situaciones de nacimiento engendran en sí mismas cuestionamientos a la individualidad de las autonomías. Si, como señala Hird (2007, 12), las relaciones biológicas simbióticas y su constante reciprocidad nos invitan a cuestionarnos y rehacer las nociones occidentales de autonomía individual, las situaciones de embarazo, nacimiento, amamantamiento son “anomalías incómodas para la subjetividad humana”⁹ desde una lógica de la elección individualista.

En este registro, me interesa involucrar en el análisis el papel dado a las inteligencias corporales (Bartlett 2002) en el marco de la construcción de los cuidados y autonomías. Con inteligencias corporales no refiero a una naturaleza fija sino al reconocimiento de que nuestro ser es corporal y que nuestros modos de hacer y sentipensar se vinculan a modos somáticos de atención con los que estamos en el mundo. Pensar la agencia corporal en los partos se sitúa a contrapelo de algunas corrientes que desde el feminismo evitaron trabajar con procesos de reproducción sexual con el fin de esquivar las asociaciones con los determinismos biológicos y desvincular a las mujeres de la norma de la maternidad. Incluso cuando se contemplaron lecturas de lo biológico anatómico desde los feminismos de la primera ola, la biología aparecía como una forma de opresión sobre los cuerpos de las mujeres. Por ejemplo, De Beauvoir entendía la gestación y maternidad como relaciones parasitarias, donde el feto y niño extraen energía de la madre (Hird 2007, 7). Estas lecturas, que cuestionan la institución de la maternidad (Rich 2019), reactualizan la objetivación y pasividad del cuerpo femenino dejando los procesos materiales sin teorizar (Hird 2007). Sin embargo, en las últimas décadas muchas otras corrientes de sentipensamiento feminista han prestado atención a las diversas experiencias e inteligencias de los cuerpos y la maternidad (Bartlett 2002, Grosz 1994, Kirby 1977, Martin Alcoff 1999), considerando la materialidad y carnalidad de nuestras agencias en el marco de estructuras opresivas de poder y desigualdad.

Las perspectivas enfocadas en la agencia corporal dialogan con biología rela-

7 Traducción de la autora.

8 En Brasil durante el año 2019 se discutió el Proyecto de Ley de Cesárea (PL 435/2019) que promovía que les parturientes pudieran escoger tener una cesárea sin indicación médica. Indicación que, asimismo, como ha sido ampliamente documentado, se basa más en la autonomía de los médicos que en la de las gestantes. Ver Betran, 2019.

9 Traducción de la autora.

Ana Paula Santos Rodrigues

cionales que se oponen a concepciones fijas y deterministas que crean opresores y oprimidos. La historia de las ciencias biológicas, como la de los saberes de tantos pueblos, nos demuestra que la vida orgánica no se caracteriza por la objetivación y fijación sino por una serie de relaciones, movimientos, simpoiesis (Haraway 2019). Desde epistemologías críticas feministas (Fernández Guerrero 2010, Harding 2015), así como desde otros sistemas de sentipensamiento, se critica la separación antropocéntrica sujeto/objeto, así como la división social/biológico, restaurando la agencia corporal. En el caso de las gestaciones, a diferencia de lo que pensaba De Beauvoir, perspectivas atentas a estas agencias destacan las generosidades corporales bidireccionales, como las que se dan en el tráfico celular de las células involucradas en la gestación, donde células fetales continúan circulando en el cuerpo de la madre por años (Hird 2007, 12). En este sentido, al proponer pensar la constitución de las agencias corporales en relación con oxitocinas orgánicas y sintéticas, endorfinas y anestésicas, me sitúo en una lectura de las inteligencias corporales sensible a las relaciones interespecíficas, considerando que los humanos somos una amalgama de devenires microbianos (Haraway 2008, 31).

Diversas corrientes fenomenológicas señalan también el rol productivo de la corporalidad. Los sujetos corporizados insertos en relaciones de poder, históricamente situados y limitados, no dejan de constituir un “modo activo de estar en el mundo” (Crossley 1996, 114), y están siempre abiertos a procesos de “reflexividad carnal” (Crossley 1995, 49): experiencias corporizadas intersubjetivas donde nos experimentamos en nuevas formas, objetivando y modificando prácticas y experiencias normalizadas. Estas instancias pueden intensificarse en situaciones extra cotidianas como un TP o durante la gestación y puerperio, donde los procesos biológicos nos colocan en posiciones incómodas, vulnerables, mutantes, liminales, que nos llevan a experimentar modos somáticos de atención específicos, y los límites de la piel, que nos separa de otros seres y sustancias, se desdibujan de forma evidente (Csordas 2011, 88, Greco y Dagnino, 2021).

169

2 Medicalizaciones del parto y el nacimiento

Por desafiar un modo de estar en el mundo individualista, capitalista, colonialista, logocéntrico y androcéntrico, procesos corporales como menstruación, embarazo, parto y menopausia han sido tratados en el mundo contemporáneo como problemas que necesitaban gestión y control de las industrias médicas y farmacéuticas (Arguedas 201, 76). La historia de las intervenciones médicas y patriarcales en el parto ha sido narrada por diversas autoras (Ehrenreich y English 1991, Rich 2019, Cahill 2001), quienes apuntan el proceso de masculinización y medicalización desde la segunda mitad del siglo XVIII, los crímenes de tortura cometidos durante la experimentación sobre mujeres proletarias y negras (Rodrigues Ribeiro 2020) y los efectos performativos de estas prácticas.

El sistema médico hegemónico se basa, encarna y perpetúa, como cualquier otro sistema de cuidado de la salud, en preferencias y creencias de la sociedad que lo crea. Así, muchas rutinas que se practican en los nacimientos en nombre de la ciencia tienen poca o nula evidencia que las justifique (Davis-Floyd 1994, 2001,

Ana Paula Santos Rodrigues

Krenak 2020). Prácticas usuales de este sistema, como el rechazo de la posición vertical, el uso indiscriminado de episiotomías y cesáreas, el abuso de OS o el mal uso de anestésicos, contradicen la fisiología del parto. Diversos autores plantean que el modelo técnico hegemónico legitima un saber sobre el cuerpo, considerando al paciente un objeto que debe ser controlado, produciendo la percepción de una defectibilidad intrínseca del cuerpo de las mujeres para parir y posicionando como subalternos a otros saberes y prácticas, así como a las necesidades de las parturientes (Arguedas 2017, Rodrigues Ribeiro 2020).

Es evidente que para profesionales como la citada anestésica, las pacientes no son sujetos de decisión, ni de conocimiento. Sin embargo, en las últimas décadas, y gracias a los activismos contra la violencia obstétrica, incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a considerar el parto un proceso fisiológico y no médico, cuestionando las intervenciones excesivas e innecesarias, así como la ausencia de intervenciones en los casos necesarios (OMS 2018, V). Progresivamente, aunque de manera desigual a nivel geopolítico y socioeconómico (Diniz et al. 2016), se han ido instaurando en las grandes urbes algunas políticas de planes de parto, se han creado casas de parto, o se ha expandido en algunos contextos el PPD. De hecho, existen interesantes elaboraciones teóricas que permiten guiar prácticas de buenos cuidados. En este sentido, Jonge et al. (2021) están nombrando “*watchfull attendance*” (asistencia con observación completa) los cuidados que

en vez de simplemente observar o monitorear, capturan el constante estado de alerta requerido por la partera para utilizar todos sus sentidos en la observación, al mismo tiempo en que se encuentra en intensa proximidad con la mujer... es una combinación de apoyo continuo, evaluación clínica y capacidad de respuesta.¹⁰

170

10 Traducción de la autora.

Coincidimos con los autores en que la importancia de nombrarlo radicaría en que todes puedan recibir este trato durante sus TP: si es adoptado, puede ser definido, evaluado, usado y enseñado. Esperamos contribuir con la escucha a esos caminos.

3 Fisiologías e intervenciones

Un nacimiento fisiológico se produce como “respuesta vincular, interaccional a una necesidad del hijo y de la madre” (Quiroga 1999, 17) a través de un intercambio hormonal entre parturiente y feto(s) en diversos contextos, con diversas compañías e intervenciones, las cuales pueden beneficiar una relación de presencia/ausencia del propio cuerpo para la parturiente (Akrich y Pasveer 2004), así como propiciar diversas autonomías e intervenciones.

Una de las preocupaciones centrales de los movimientos a favor de partos respetados (PR) es el aumento de cesaras innecesarias, y la permanencia de asistencias agresivas permeadas de intervenciones y abusos que incrementan la violencia de los partos (Diniz et al. 2016, 12). Se ha evidenciado que la práctica de “buenos cuidados”, donde se priorizan relaciones positivas, se promueven equipos

Ana Paula Santos Rodrigues

multidisciplinarios respetuosos y colaborativos y se adhiere a actitudes de cuidado clínico, pueden reducir las cesáreas innecesarias y proteger el trabajo psicológico de la parturiente (Betran 2019, Boerma 2018, Sandall et al. 2018). Otra intervención cuestionada es la episiotomía, cirugía menor practicada para ensanchar la abertura de la vagina mediante una incisión en el periné que supuestamente reduciría el riesgo de desgarros perineales graves o aseguraría el bienestar de les recién nacidos en caso de sufrimiento fetal. Para la OMS, hasta 1996, esta práctica no era una forma de mutilación genital femenina (MGF) por tener una “finalidad médica”¹¹. Solo en 2019 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la reconoció como un acto de tortura, una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género cuando se hace sin consentimiento ni necesidad (ONU 2019, 11)¹². Intervenciones de apariencia más sutil como el monitoreo también vienen siendo cuestionadas. En un documento de OMS (1996, 22), se señala que el mejor método de acompañamiento durante un parto normal es la auscultación intermitente, ya que el monitoreo incrementa el número de intervenciones sin claro beneficio para el feto y con un grado adicional de incomodidad para la mujer, impidiendo su libre movilidad, o su posibilidad de alimentarse y beber (Davis-Floyd 2001, 71). Asimismo, esta práctica de visualización lleva a negligenciar las percepciones de les parturientes (Akrich y Pasveer 2004).

4 Oxitocina y anestésicos

La endorfina (analgésicos naturales que actúan durante la pausa entre las contracciones en el TP), la oxitocina endógena (OS), así como la OS y la anestesia componen junto con otras sustancias la respuesta vincular que desencadena o a veces inhibe el desarrollo del TP. Estas sustancias pueden pensarse como interlocutores/colaboradores cuya presencia puede ser promovida o inhibida por parturientes y acompañantes.

Carlos Burgos, uno de los interlocutores, explicó que la OE, encargada de provocar las contracciones uterinas durante el TP y la menstruación, es producida, junto con las endorfinas y otros dos neurotransmisores (dopamina y serotonina) entre la hipófisis y el hipotálamo (una de las estructuras más primitivas del desarrollo del sistema nervioso, determinante en la constitución del universo emocional y construcción subjetiva), cumpliendo una función prioritaria en el desarrollo del bienestar, actividad analgésica y situaciones placenteras.

La OS producida fuera de cuerpos humanos, se utiliza en los TP para estimular las contracciones (conducir el TP) y para el alumbramiento activo de la placenta¹³. Su uso correcto para conducir TP puede salvar vidas ante el agotamiento materno en TP de más de 24 o 48 horas, ante la dilatación avanzada con pocas contracciones, si se hace necesario propiciar una contracción del útero para detener pérdidas de sangre, o tras una cesárea. El punto crucial de su buen uso es la dosificación, procurando que la sustancia provoque contracciones sin generar hipertono el útero. Sin embargo, su uso de rutina y no controlado complica los TP. Por un lado, la dosis de OS se suma a la acción de la OE, que no puede ser controlada. Una dosificación no adecuada puede, según nuestros interlocutores, conducir al

11 Mientras tanto, como apunta Rodrigues Ribeiro (2020), sí se reconocían como formas de MGF otras prácticas presentes en África, Oriente Medio, Asia, que localmente, también desde estructuras patriarcales, se reconocían necesarias para la integración social y beneficiosas para la salud.

12 La baja en las tasas de episiotomía se debe en muchos casos al aumento de cesáreas (Rodrigues Ribeiro 2020, 78).

13 En este último caso se considera por protocolo que su uso disminuye el sangrado post parto, volviendo el útero a su lugar. Como señala la partera Carolina Waldner, este protocolo surge por causa de todas las intervenciones previas que llevan a una mayor vulnerabilidad de la parturiente al momento de expulsar la placenta.

hipertono del útero, que provoca dolores más intensos durante el TP, acarrear problemas como exceso de meconio, afectar la frecuencia cardiaca fetal, entre otros.

En las instituciones de la región aquí abordada, los protocolos obligan a conectar una vía a les gestantes, práctica que se asocia masivamente a la aplicación de OS de rutina, dándose excepciones cuando alguien llega a institución en el estado expulsivo. Los tiempos de la OS son escandalosamente más cortos: una mujer que llega con 7 cm de dilatación sufre rotura de bolsa y goteo por oxitocina para parir en una hora mientras que en un PPD pueden pasar 24 horas.

La anestesia epidural viene siendo utilizada como método de alivio del dolor, en detrimento de métodos no farmacológicos. Si podría ser una conquista para quienes la desean/necesitan para tratar el dolor durante TP, en otros casos es un procedimiento de rutina. En un documento de OMS (1996, 18) se destaca que, mientras en los países desarrollados el alivio farmacológico del dolor ha ido ganando muchos adeptos por su efectividad, los efectos secundarios han recibido menos atención. La dosificación es altamente especializada. Si en cesáreas debe anestesiarse, la dosis deseable en un TP vaginal debería tener función analgésica sin anular la percepción.

En la región, las anestésicas están presente en algunos contextos privilegiados socioeconómicamente¹⁴, por no existir guardias de anestesia en algunos hospitales públicos o debido a que la decisión de aplicarla o no queda en manos de les profesionales.

Los efectos adversos durante el TP son muy frecuentes (Akrich y Pasveer 2006, 10-11). La demanda de anestesia epidural está ligada al mal uso de OS que acaba agudizando los dolores de parto. Carolina, una de las entrevistadas, destaca el efecto anestésico cuando lo que se busca es un efecto analgésico; pérdida de control muscular/movimiento; anulación de sensaciones incluyendo el pujo; afectación de la musculatura interna del canal de parto incidiendo en la rotación interna del bebé con aumento de posibilidades de cesárea o fórceps e hipotensión materna, que genera un descenso de los latidos del bebé. Posterior al TP también pueden presentarse efectos de dolor en la región de aplicación, y en casos menos frecuentes, produce cefaleas.

Contracciones. Escuchando a les asistentes.

Aquí comenzaremos a acompañar las “contracciones” que nos llevan al TP analítico, a través de diálogos con la doula y estudiante de obstetricia/partería Estefanía Sacovici (Estefi); la partera comadre Mariana Abbatizti (Marian), formada en partería tradicional; el obstetra Carlos Burgo y les obstétriques/parteras Ana Becu, Carolina Waldner, Francisco Saraceno, Gabriela Corbo y Viviana Beguiristain. Entre estes, Francisco, Carolina, Ana y Marian acompañaron los nacimientos de PPD de mis hijes. Todes se identifican a sí mismas como practicantes de PR.

Estefi, licenciada en obstetricia en la Universidad de la Plata, ha acompañado poco más que una decena de nacimientos en PPD y en hospital en la ciudad de La Plata y regiones aledañas. Destaca que en la formación de obstétrica predomina

14 Ver, por ejemplo, debates suscitados por la elección del parto respetado sin anestesia por parte de mujeres famosas en Argentina en <https://www.instagram.com/p/CP1jfeptNSH/?utmmedium=share sheet>.
Accedido en: 8 sep 2022.

Ana Paula Santos Rodrigues

una concepción de les gestantes como “bomba de tiempo”, y reconoce que, pese a que el paradigma de PR es enunciado, este no tiene implicancias prácticas, pues predomina la intención de formar profesionales capaces de “controlar el proceso”.

Desde su experiencia en institución, destaca el lugar normalizado del uso del goteo con OS en el TP, tanto por asistentes como por usuaries. Así, en diversas ocasiones, escuchó a usuaries solicitar cuidados de intervención, con frases como “¿no me van a poner nada?”. Estefi considera que el uso protocolar de OS se asocia a los “tiempos de fábrica” de los partogramas, descartándose este uso solo cuando le gestante llega a la institución en periodo expulsivo, teniendo en cuenta además que el uso de Planes de Parto no está extendido en los hospitales públicos de la región. Estefi nunca presenció el uso de anestesia epidural, ausente en las instituciones donde trabaja, pero considera que el dolor provocado por el goteo de la oxitocina provoca más dolores en les parturientes.

En las instituciones donde realizó sus prácticas, el descuido a la persona se suma a las intervenciones innecesarias y frena o acelera la fisiología del TP. Desde su experiencia, prácticas de cuidado como expresiones de afecto o masajes deben realizarse de forma escondida del resto de los colegas, que las condenan. Estefi recibió órdenes de no acompañar a parturientes “escandalosas”, orden que señala se vincula a la expectativa de que “la mujer se porte bien”. Así, considerando situaciones donde pudo ejercer algunos de los cuidados afectivos en institución, destaca que “todo lo hippie que aprendí [en los partos domiciliarios] es de verdad” y sostiene que “[...] si un bebé puede nacer en el hospital (con las condiciones de tensión) puede nacer en cualquier lado [...]”.

Marian se formó en partería tradicional y ejerce como partera comadre, acompañando partos “por gusto de acompañarlos”. Parió a su única hija a los 23 años, sin información previa, y, en la atención al TP en la clínica, recibió OS sin saber. Recuerda que las contracciones que en su TP venían in crescendo fueron substituidas por un shock de dolor intolerable, “brutal” e “inhumano” que aceleró el parto. Así señala que los procedimientos clínicos por los que pasó obedecen a temporalidades ajenas al ritmo de les parturientes, contrastando con los partos que ha acompañado donde el “estar a gusto” permite que el dolor de las contracciones vaya “in crescendo” y no existe la “violencia del shock sintético”. Marian, que no recibió anestesia, considera que en un TP sin problemas esta no sería necesaria pues el propio cuerpo genera endorfinas que alivian el dolor en los intervalos entre contracciones. En sus acompañamientos recurre a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, que constituyen el “estar a gusto”: masajes, frotaciones, movimientos con el rebozo, vibraciones, estímulo del uso de la voz y el movimiento corporal.

Carlos Busto es obstetra, formado con “valores de la clínica” donde la escucha del paciente es prioritaria en la atención. Ejerce hace más de cinco décadas y atiende en institución y domicilio. Destaca que aprendió obstetricia con las parteras de las guardias, aprendizaje que contrasta con el proceso de irrupción del avance tecnológico sobre la clínica y la escucha, y el poder hegemónico médico masculino.

Ana Paula Santos Rodrigues

Para Carlos, el hecho de que las maternidades se encuentren en hospitales da cuenta de una macropolítica de la corporación médica que niega la salud del proceso de gestación y nacimiento. Así llama la atención sobre el paradigma hegemónico de asistencia y el concepto de “conducción médica del parto”, donde las decisiones de las personas gestantes no tienen lugar. Por otra parte, señala que desde el paradigma biomédico y su gestión temporal “es más difícil no hacer que hacer”. Desde esta lógica, Carlos y su equipo fueron expulsados de instituciones por su insistencia en la espera, por asistir partos vaginales en casos de cesárea previa, o por acompañar partos en cuclillas.

El obstetra considera que no debe juzgarse a priori el uso de fármacos. Destaca que, aunque predomina abismalmente un mal uso protocolar de la OS, ésta a veces se hace necesaria para salvar vidas. El obstetra reconoce también un uso abusivo de anestesia peridural, cuya acción conlleva un mayor índice de cesáreas, por detener la percepción de contracciones y pujo. Carlos señala que, ante el avance de las cesáreas, los hospitales públicos preservan más la fisiología, aunque eso no significa que haya menos niveles de violencia obstétrica.

Ana Becu ejerce la partería desde 2008. Comenzó su formación luego de tener a su hija y de sufrir lo que hoy puede nombrar como violencia obstétrica: la separación de su bebé al nacer y el hecho de haber recibido anestesia epidural de forma inconsulta.

Al comenzar nuestra entrevista, notamos juntas su necesidad de describir su modo de acompañar como una práctica “no meramente hippie”, que tiene criterios, debido a prejuicios que suele enfrentar. Ana realizó dos años y medio de prácticas no rentadas en un hospital de la localidad bonaerense de Tres de Febrero. Ana prefería trabajar de noche para ser menos controlada, dado que sus colegas estigmatizaban sus modos de cuidar (con espera, masaje y toques), nombrándolos como “pecado de no hacer” sobre todo frente a su negativa a realizar episiotomías de rutina. Como la ausencia de corte provocaba rasguídos más “caóticos” en un periodo en que Ana no sabía suturar, les colegas preferían realizar la episiotomía antes que aguardar los resultados de un desgarro.

No sintiéndose a gusto en estas dinámicas, Ana se volcó a PPD, donde tuvo, a lo largo de los años, una tasa de 20 por ciento de traslados a hospital, decididos generalmente por una necesidad real de recibir OS para evitar el agotamiento materno y promover el parto vaginal. En PPD, ella solo usó goteo por oxitocina una vez, para retraer el útero por un sangrado que no se detenía, incluso a pesar de la succión del bebé.

Para Ana, gran parte de la dinámica de no progreso del TP se debe al “dolor emocional”. La partera relata que la mayoría de los traslados en PPD se debe a que parturientes o acompañantes presentan más dudas del hecho de querer parir en domicilio. Así destaca el rol central de la “convicción”: “A las mujeres les duele el parto hasta el alma y se la aguantan. Deciden aguantárselo. Están tan decididas que tienen suficiente oxitocina propia”. En sus acompañamientos son centrales las caricias en los descansos entre contracciones que conforman a la madre y devuelven fuerza para seguir. La partera también destaca que en la construcción

Ana Paula Santos Rodrigues

de las decisiones son muy importantes las rondas de mujeres y el intercambio con otras embarazadas.

Carolina Waldner es licenciada en obstetricia hace más de 20 años, se formó como doula en la misma escuela que Marian, y es también puericultora. Carolina tuvo dos experiencias muy marcadas: durante más de 10 años asistió partos desde modelos intervencionistas, y tras sus propios partos y formaciones, comenzó a trabajar desde una práctica respetada, tanto en institución como en PPD donde conforma equipo con Ana. Concluye que una de las diferencias cruciales entre PR y no respetados, sería “hacer un parto” a “mi paciente” (en los segundos) y “acompañar” a una gestante (en los PR).

Carolina relata que, desde el primer parto institucional que presenció en hospital público, se sorprendió con la violencia imperante en la atención: el equipo médico le gritaba y “se le colgaba” a la mujer quien, además, la miraba marcándole su incomodidad con que ella estuviera allí observando. En su primer parto, Carolina pasó por diversas violencias: falta de contacto con su hija recién nacida, rotura innecesaria de bolsa por llegar a la institución con entre 6 y 7 cm de dilatación, maniobra de Kristeller, episiotomía, suministro incorrecto e inconsulto de epidural en una zona muy baja del cuerpo que inmovilizó sus piernas y no alivió su dolor y goteo de OS justificado por lo que la guardia definió como “retención placentaria”, dado que había demorado más de dos minutos la expulsión (que puede demorar más de una hora en cualquier parto normal). Su obstetra, que era su profesor, le dijo en el oído “ahora vas a ver lo que se siente”. Las violencias sufridas la llevaron a comenzar a buscar formarse en otros modos de atención al parto. En su segundo parto ella eligió una inducción con misoprostol y la anestesia fue realmente analgésica.

Carolina comenzó a percibir que le incomodaba el enfoque donde quien va a parir es considerado objeto de control. En el proceso de practicar acompañamientos respetados, Carolina sentía que “hacia las cosas mal, la trataban de “vaga, loca, peligrosa”. Ella misma consideraba antes una “locura” e “irresponsabilidad” un tratamiento centrado en un tiempo mayor de espera y atención a los procesos fisiológicos. Asimismo, al comenzar a asistir PPD no se sentía con herramientas en función de su experiencia institucional basada en el control. Actualmente, en la institución donde trabaja compone una minoría estigmatizada, “infumable” por sus colegas, dado que quienes se atienden con ella y con la obstetra que acompaña ingresan con plan de parto, buscando la mínima intervención.

La partera considera que el uso de OS se vincula a los tiempos institucionales. En su práctica institucional, antes de usar OS busca aprovechar los momentos de descanso para propiciar el proceso fisiológico, donde “el neocórtex puede detener su control, y el cerebro instintivo permite que la oxitocina y endorfina endógena actúen”. Partidaria de la endorfina generada en situaciones de intimidad y seguridad, sostiene que el uso de anestesia es un recurso más para el alivio del dolor y solo es útil cuando se suministra la dosis justa que permita aliviar el dolor sin anular la percepción. A esta lógica se contrapondría aquella de la institución que promueve un ideal de “¿para qué vas a sufrir si existe algo que hace que no su-

fras?”, donde el dolor se asimila al sufrimiento.

Francisco practica partería hace más de dos décadas y hace casi dos décadas se dedica exclusivamente al PPD, siendo un importante referente en la lucha contra la V. O en Argentina. Fue el primer varón formado en como obstétrico en la Universidad de Buenos Aires, actúa en diversos ámbitos de educación y gestión de la salud pública y es docente de una escuela internacional de partería. Aunque se formó en la universidad, el centro de su formación fue conocer diversas experiencias de partería tradicional en Argentina, América y Europa desde su juventud temprana. Francisco reivindica los aprendizajes prácticos, considerando que, especialmente con la consolidación del paradigma biomédico desde los años 1990 en la práctica y en la educación, en la formación universitaria no se hace ciencia, sino costumbre. En su práctica docente se ha encontrado con una gran parte de estudiantes que terminan la formación sin conocer un parto fisiológico (como estudiantes preguntando si las placentas salen solas).

En sus residencias en hospitales públicos sintió que no era cuestionado de la misma forma en que lo son las mujeres, entendiendo su privilegio como hombre blanco. Señala que la posibilidad de críticas se atenuaba dada su “impecabilidad”: mientras muchas colegas querían descansar, él sostenía su presencia junto a las gestantes. Francisco llama la atención sobre la importancia de buscar aliadas dentro de las instituciones para poder llevar a cabo los partos de forma respetuosa. Sin embargo, en su trayectoria institucional también recibió críticas por su “ausencia de intervención”: “¡Vos y tu pelotita!” (de esferodinamia) o “ponele suero” fueron frases habituales. En partos institucionales Francisco aprendió a usar OS, en la medida necesaria, pero siempre le llamó la atención la necesidad de acelerar los tiempos para que el personal del hospital pueda “hacer el parto” y descansar: “el parto tiene que ser ahora así cenamos tranquilos”, sería el lema. Francisco solo usa OS en situación de PPD para frenar hemorragias.

Francisco denuncia que las instituciones suelen ser espacios donde la velocidad y el grito (no necesariamente violento, pero sí ruidoso) son protagonistas. Considera que la adrenalina, el miedo que se genera, desregula la función de la OE e inhibe las endorfinas (opiáceos naturales): “Si empezás con adrenalina en pico el parto no fluye”. Esta disfunción hace que se use OS para que el parto continúe. La sustancia “hace partos más dolorosos porque no da tiempo al respiro”.

En lo que refiere a la anestesia epidural, pese a considerarla un “negocio” donde solo se habla de las ventajas y no de los efectos adversos, denuncia la gestión de su aplicación como una práctica patriarcal, donde los anestesiólogos ponderan el dolor de otras al decidir si se suministra o no, siendo que en cesáreas se hace inmediatamente disponible.

En su relato, Francisco destaca que entre el personal médico de los hospitales públicos operan prejuicios xenofóbicos: escuchó varias veces que las bolivianas pueden parir de cuclillas o en lianas y las argentinas no. En estos casos, el valor dado a las cuclillas (posición saludable para la vida y el parto) es negativo, aproximándose desde paradigmas racistas a una práctica asociada a grados menores de civilidad/humanidad, mientras que desde lógicas de PR es una de las posiciones

Ana Paula Santos Rodrigues

más deseables para el periodo expulsivo¹⁵.

Gabriela Corbo es licenciada en obstetricia, pero prefiere que la llamen “partera”, pues la primera es una “palabra muy académica”. Trabaja hace más de tres décadas en partería, en las localidades bonaerenses de Isidro Casanova y Laferrière. Ha ejercido en instituciones públicas y privadas y hace 4 años no asiste partos, dedicándose a coordinar parteras en hospital público.

Asistir esperando, el hablar, tocar, pedir permiso, contar lo que va a ir pasando, tener empatía y amor a lo que se hace son componentes esenciales de la asistencia para Gabriela. En la coordinación que lleva adelante, les bebés se van de la sala de partos con su mamá, hay materiales para atenuar el dolor sin anestesia y se estimula la presencia de acompañantes. Su práctica de décadas, principalmente entre adolescentes de sectores populares, se dedica, desde el ámbito de los cursos pre-parto y la propia atención en los TP a “abrir conciencia”, “dar herramientas” (como mirarse la vulva) o conocer derechos. Así, comenta que entre sus pares existe la queja de que “las pacientes de Gaby Corbo vienen con esto de los derechos”, lo que hace que les colegas del hospital tengan más cuidado en sus modos de atender. Dado que “las instituciones las hacen los trabajadores”, considera central la comunicación entre colegas para poder “ganar terreno en algo que debería ser natural”, como la asistencia respetada. Señala que existe una presión entre colegas donde muchas no adoptan perfiles de acompañamiento respetado por miedo a la crítica, habiendo ella misma hecho episiotomías innecesarias presionada por este tipo de situaciones.

Gabriela considera el uso de OS una herramienta más, aunque no obligatoria, priorizando la OE. Así relata que su propio parto, en el hospital público donde trabajaba, se condujo en gran parte con OE, por estar en un contexto amoroso propicio, que era “su casa, un lugar conocido con gente conocida”.

Viviana Beguiristain es licenciada en obstetricia y se caracteriza como profesional no intervencionista con mirada holística (que integra aspectos biológicos, sociales, espirituales). La partera trabaja “por motivos ideológicos” en institución pública desde 1987, asentándose actualmente en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. No asiste partos en casa porque entiende que, dentro de una práctica no intervencionista corresponsable, existe un punto de inflexión donde son necesarias herramientas a las que apelar en el momento oportuno ante una eventualidad. Asimismo, destaca que hospital público en general ofrece mayor tiempo, más respeto de los procesos que el ámbito institucional privado.

Viviana tuvo tres partos normales, espontáneos, sin anestesia ni OS, con los equipos con que trabajaba en institución privada para acceder a más privacidad. En un periodo de extensa aceptación de la anestesia decidió no usarla porque aún no se conocían sus efectos y quería garantizar una buena llegada de les niños.

Su equipo prioriza la OE por sobre la OS que, así como la anestesia, solo se usa en caso necesario. El rol del equipo consiste en acompañar, “ver que nada se esté yendo del contexto de normalidad” y realizar monitoreo intermitente. Aunque no trabajan con anestesia, Viviana resalta que esta sustancia ya fue más exclusiva y excluyente, que ha ido mejorando la dosis y forma de administración, habiéndose

15 Esta práctica se asocia al racismo que compone violencia obstétrica, ampliamente documentado, por ejemplo, con mujeres negras en Brasil (De Carli Lopes 2020).

logrado algo más cercano a la acción analgésica. También señala la arbitrariedad de su uso, dado que los anestesiistas de hospital público deben cumplir múltiples tareas, lo cual no les permite permanecer en el TP.

La confianza que se establece con el equipo, aunque sea solo en el momento de la guardia “es una forma de generar oxitocina endógena.” Así, si en el equipo perciben que alguien empatizó más con le gestante, se priorizará que sea esa persona la que pase más tiempo acompañando el TP. La búsqueda de dejar actuar a la OE y permitir la analgesia se realiza priorizando el saber y poder de les parterientes, dando lugar a lo que “las mujeres ni saben que saben pero lo tienen”, procurando que se “empoderen del lugar como si fuera suyo”, que “estén en calma y paz”, estimulando presencia de acompañantes, disponibilizando materiales como pelotas, banquitos, músicas, aromas, e informando sobre técnicas diversas que pueden compartirse desde el prenatal o inclusive en el momento de un TP. Viviana comenta que han adaptado instalaciones del hospital, como las duchas, para la atención de TP y que incluso cuando no había duchas, si estas estaban a 200 metros de la sala del parto, se acompañaba a le gestante hacia allí.

Viviana destaca que el dolor se atenúa con el contacto con otros y con la calma: aprendió que la OE se genera también en el vínculo, al observar los efectos logrados por acompañantes que ponen una mano. Para ella, el abrazo es un hito mayor de la oxitocina y comenta que en muchos TP le han pedido: “¿me das un abrazo?”.

La partera resalta que hay mujeres que nunca en su vida tuvieron la posibilidad de elegir, o que consideran que el TP depende de los equipos y no de ellas. Ante estas situaciones, lo mejor es ofrecer herramientas respetando que les usuaries no deseen recurrir a ninguna, no aturdiendo con las posibilidades, o atendiendo otras necesidades. Así considera que cuando alguien le pide “decime vos que tengo que hacer” (o “poneme suero” o “por qué no me apuran”), no es momento para decirle que tiene que elegir. También destaca que las pacientes muchas veces piden vía con suero porque así parieron, tanto ellas como muchas de les profesionales.

Expulsivo. Consideraciones finales.

Todas y todos olvidan que han nacido. Vivimos en una cultura producida y dominada por quienes, por definición, nunca tuvieron la experiencia de dar nacimiento a lxs demás: los machos.

(Coccia 2021, 35)

Coccia, un hombre, decidió recordar que todes nacemos. En este mundo dominado por “los machos” y por una episteme vinculada a ellos, la atención al parto basada en modelos biomédicos hegemónicos patriarcales se inscribe en un modelo de falta de salud y necesidad de control de les parterientes, donde los partos deben ser “hechos” por otros para atender a variables como horarios, liberación

Ana Paula Santos Rodrigues

de espacio o creencias en torno a la seguridad y al cuidado de les profesionales que asisten. Nuestros interlocutores nos muestran que los acompañamientos, las decisiones de tocar, esperar, suministrar sustancias, trasladarse, los espacios, tecnologías, configuran modos de cuidado y nociones de autonomía que tejen estas luchas político-fisiológicas desde los nacimientos.

Los temas abordados en la introducción son constitutivos de las experiencias de nuestros interlocutores. Así podemos entender el peso histórico institucional de nociones individualistas de persona, procesos de objetivación del cuerpo, relaciones de poder/conocimiento involucradas en la medicalización y uso abusivo de sustancias basadas en el control sujeto-objeto. Las elecciones de acompañamiento de cada una se basan en posicionamientos frente a algunas prácticas hegemónicas de atención. Pese a las divergencias en las experiencias y en la percepción de las políticas institucionales, todes les entrevistades reconocen que existen en instituciones públicas y privadas prácticas de intervención que buscan controlar la temporalidad del parto y los procesos fisiológicos, ignorando el conocimiento del cuerpo/las inteligencias corporales de les parturientes. Sin embargo, especialmente quienes tienen vínculo con el ámbito público, señalan que cada vez más espacios institucionales gestionados con paradigmas de PR. Asimismo, una alta proporción de parturientes que acuden a institución esperan intervención, entendiendo que les asistentes del TP deben “hacer” y no acompañar. Les gestantes que cuestionan las intervenciones eligen modelos de PR y trazan un plan de parto o eligen un PPD.

Gran parte de les entrevistades pasó en las prácticas institucionales por posiciones marginales ante sus colegas y señala la necesidad de generar aliades en los ámbitos de trabajo. La mayoría señala que en las clínicas privadas se respeta la fisiología menos que en el hospital público, fomentándose más cesáreas y uso de anestesia. Algunes destacan que la no intervención puede estar asociada a la negligencia e inscribirse como práctica de violencia obstétrica, como en el caso del abandono de mujeres que “no se portan bien”. Carolina y Carlos, desde su experiencia en instituciones privadas destacan que el buen trato invisibiliza violencias de rutina, como el exceso de intervenciones que además de negligenciar las inteligencias corporales, patologizan procesos fisiológicos saludables. Todes les entrevistades señalaron también la importancia del aprendizaje práctico con parteras expertas para un buen acompañamiento, destacando el modo en que el saber biomédico formal hegemónico impone protocolos que inhiben la escucha de les parturientes y sus procesos fisiológicos.

Les entrevistades priorizan la OE por sobre la OS y consideran la anestesia epidural innecesaria e incluso contraproducente, denunciando la gestión arbitraria de esta por parte de les profesionales que llevan adelante prácticas basadas en la urgencia y falta de atención. La participación de estas sustancias en el TP se asocia a la lógica de control del proceso, economía de tiempo, evitación del dolor y a la escasa importancia atribuida a las inteligencias corporales. También, y principalmente, se resalta la responsabilidad colectiva en los cuidados y autonomía de les parturientes, donde, como destacan, incluso la OE se genera en compañía de

Ana Paula Santos Rodrigues

equipos humanos cuidadores.

En oposición a las prácticas de intervención, nuestros interlocutores optan por PR centradas en las parturientes, en el mencionado modelo de “*watchfull attendance*”, atento a la complejidad de cada persona, contextos, deseos, ritmos, necesidades e inteligencias corporales (Greco et al 2019). Tódes coinciden en señalar que, en un TP sin problemas y con buen acompañamiento, la intervención con sustancias sintéticas, así como los tactos, episiotomías y monitoreos, no son necesarios ni deseables. Así reivindican la “espera”, el “no hacer” cuidadoso y respetuoso y el contacto, prácticas que desde el paradigma del control son percibidas como negligencia, irresponsabilidad, descuido, peligro, vagancia, hippismo. Otro de los cuidados reivindicados consiste en no imponer cuidados no deseados o conocidos por la gestante en el TP. En este último sentido, un paradigma de PR entiende la autonomía situada, donde una parturiente debe ser respetada atendiendo a sus herramientas y potencias al momento del TP, considerando contextos sociales de acceso a la salud, información y formación.

La manera en que se estructuran la mayoría de los TP y los modos en que se construyen autonomías no puede ser disociada de macro y micropolíticas específicas, modos de subjetivación patriarcales, capitalistas productivistas, androcéntricos, clasistas y racistas que tienden a la anulación del foco en los modos somáticos de atención (Greco 2021, Greco y Sanouvi 2022). Entrar a las corporalidades con tiempo, sin gritos, sentipensando sus límites y potencias, explorar nuestras percepciones es un modo de revertir la educación colonial sensorial y luchar por las autonomías, siempre colectivas e interespecíficas, de nuestros cuerpos territorios.

Las corporalidades con capacidad de reproducción no deberían ser nuestras cárceles construidas por estructuras patriarcales, sino un territorio de potencias. La transformación del cuerpo dada por los ciclos corporales y la decisión de concebir, gestar, parir o no hacerlo son potencias que pueden ser compartidas en parte con aquellos que, aún sin posibilidad de concebir gestar, parir y amamantar sí fueron gestades y parides y también pueden cuidar y maternar, como propone Coccia en el fragmento citado y como nos demuestran nuestros interlocutores en su búsqueda de producir buenos cuidados.

Durante la renovación de mi ombligo estuve innecesariamente, por rutina hospitalaria conectada a la insulina, inocente experiencia que encarnó/plastificó en mí, la sensación de opresión de algunos absurdos y descuidos sistemáticos. En la escucha de diversas experiencias de atención al parto, podemos cuestionar sistemas de gestión de las formas de vivir y nacer para contribuir a la generación de mundos diferentes donde quepan muchos mundos plenos de inteligencias corporales en diálogo, que anulen todas las formas de opresión, parcela por parcela, acabando con los monocultivos de nuestras cuerposas.

Recebido em 19/02/2022

Aprovado para publicação em 01/11/2022 pela editora Kelly Silva

Ana Paula Santos Rodrigues

Referencias

- Alcoff, Linda Martin. 1999. "Merleau-Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia". *Revista Mora*, nº 5: 122–138.
- Akrich, Madeleine, y Bernike Pasveer. 2004. "Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives". *Body & Society* 10, nº 2-3: 63–84.
- Arguedas Ramírez, Gabriela. 2017. "Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica". *Solar* 12, nº 1: 65–89.
- Bartlett, Alison. 2002. "Breastfeeding as headwork: corporeal feminism and meanings of breastfeeding". *Women's Studies International Forum* 25, nº 3: 373–382.
- Betran, Ana Pilar. 2018. "Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies". Series Optimising caesarean section use 3. *The Lancet*, nº 392.
- Bispo dos Santos, Antonio. 2019. *Colonização, quilombos. Modos e significações*. Brasília: Ayó.
- Boerma, Ties, Carine Ronsmans, Desalegn Melesse, Aluisio J. D. Barros, Fernando Barros, Juan Liang, Ann Beth Moller, et al. 2018. "Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections". Series Optimising caesarean section use 1. *The Lancet*, nº 392: 1341–1348.
- Cahill, Heather. 2001. "Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: An Historical Analysis". *Journal of Advanced Nursing* 33, nº 3: 334–342.
- Crossley, Nick. 1995. "Merleau-Ponty, the elusive body and carnal sociology". *Body & Society* 43, nº 1: 43–63.
- Crossley, Nick. 1996. "Body subject/Body power: Agency, inscription and control in Foucault and Merleau-Ponty". *Body & Society* 2, nº 2: 99–116.
- Coccia, Emanuele. 2021. *Metamorfosis*. Buenos Aires: Cactus.
- Csordas, Thomas. 2011. "Modos somáticos de atención". En *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos*, editado por Silvia Citro, 83–104. Buenos Aires: Biblos.
- Davis Floyd, Robbie. 2001. "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, nº 75: S5–S23.
- Davis-Floyd, Robbie. 1994. "The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression". *Social Science and Medicine* 38, nº 8: 1125–1140.
- Ehrenreich, Barbara, y Deidre English. 1981. *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Barcelona: Editora la Sal.
- De Carli Lopes, Giovanna. 2020. "Racismo institucional y violencia obstétrica: la ruta del parir y del nacer de mujeres negras". Apresentação oral. VI Congresso ALA, Montevideo.
- Diniz, Carmen Simone, Denise Yoshie, Halana Faria de Aguiar, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho, y Heloisa de Oliveira Salgado. 2016. "A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no Ensino das profissões de saúde". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 20, nº 56: 253–259.
- Fernández Guerrero, Olaya. 2010. "Cuerpo, espacio y libertad en el ecofeminismo". *Nómadas – Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27, nº 3: 243–256.
- Harding, Sandra. 2015. *Objectivity and Diversity: Another logic of scientific research*. Chicago: The University of Chicago Press.

Ana Paula Santos Rodrigues

- Hird, Myra. 2007. "The corporeal generosity of maternity". *Body & Society* 13, n° 1: 1–20.
- Gimeno, Beatriz. 2018. *La lactancia materna. Política e identidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Greco, Lucrecia. 2021. "Movimientos irreverentes. Elementos de Butoh para la enseñanza e investigación antropológicas". *Revista Brasileira de Estudos da Presença*, n° 11: 1–31.
- Greco, Lucrecia, Ana Gretel Echazu Boschemeier, Mariana Abbatizti, Violeta Osorio, Regina Ricco, y Francisco Saraceno. 2019. "O parto planejado em domicílio como prática de cidadania, levantamento quali-quantitativo de experiências em Argentina (2000-2018)". *Cadernos de Gênero e Diversidade*, n° esp., Dossiê temático "Reprodução, Partos, Maternidades e Paternidades, 252–273.
- Greco Lucrecia, y Paulina Dagnino Ojeda. Arte gestante–maternidades insurrectas: una narrativa del cuerpo gestante desde el Butoh y los cuidados. *Revista Sociopoética* 21, n° 1: 187–199.
- Greco, Lucrecia, y Paulina Dagnino Ojeda. 2020. "Arte gestante – maternidades insurrectas: un estudio escénico del periodo primal de la vida". En *2º Trans-In-Corporados: Textos completos*, editado por Sérgio Pereira Andrade, 377–388. Rio de Janeiro: Labcrítica.
- Greco, Lucrecia, y Paulina Dagnino Ojeda. 2021. "¿La piel que nos separa? Las vidas y sus cuidados desde antropologías, performances y gestaciones". *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 15, n° 1: 112–156.
- Greco, Lucrecia, y Anani Sanouvi. 2022. "Movimientos animistas no colonialoceno. Agama Fo como proposta de pesquisa em antropologia". *Antropologia Experimental* 22: 237–251.
- Grosz, Elizabeth. 1994. *Volatile bodies: Toward a corporeal feminism*. St. Leonards: Allen & Unwin.
- Haraway, Donna. 2008. *When species meet*. Mineapolis: University of Minnesota Press.
- Haraway, Donna. 2019. *Seguir con el problema: Generar parentesco en el Tchuluceno*. Bilbao: Consonni.
- Hird, Myra. 2007. "The corporeal generosity of maternity". *Body & Society* 13, n° 1: 1–20.
- Jerez, Celeste. 2015. *Partos "humanizados": Clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. Tesis de grado en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Jonge, Anne de, Hannah Dahlen, y Soo Downe. 2021. "'Watchful attendance' during labour and birth". *Sexual & Reproductive Healthcare*, n° 28. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575621000240?via%3Dihub>
- Kirby, Vicki. 1977. *Telling flesh: The substance of the corporeal*. New York: Routledge.
- Macedo, Valeria. 2013. "De encontros nos corpos Guarani". *Ilha* 15, n° 2: 181–210.
- Krenak, Ailton. 2020. "Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese 'Tem que ser do nosso jeito': participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil". *Saúde e Sociedade* 29, n° 3: 1–8.
- Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud. 1996. *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*.

Ana Paula Santos Rodrigues

Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. 2018. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. 2019. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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 (A/74/137)*. <https://undocs.org/es/a/74/137>

Quiroga, Ana. 1994. *Matrices de aprendizaje*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Rich, Adrienne. 2019. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Rodrigues Ribeiro, María Augusta. 2020. "La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina»". *Investigaciones Feministas* 11, n° 1: 77–87.

Roelnik, Suely. 2013. "Subjetividad e historia". En *Micropolítica: Cartografías del deseo*, editado por Félix Guattari, y Suely Roelnik, 37–141. Buenos Aires: Tinta Limón.

Rosa, Patricia Carvalho. 2011. *Para deixar crescer e existir. Sobre a produção de corpos e pessoas kaingang*. Tesis de maestría em Antropología Social, Universidade de Brasília, Brasília.

Sandall, Jane, Rachel Tribe, Lisa Avery, Glen Mola, Gerard Ha Visser, Caroline Se Homer, Deena Gibbons, Niamh Kelly, et al. 2018. "Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children". Series Optimising caesarean section use 2. *The Lancet*, n° 392: 1349–1357.

Segato, Rita. 2015. *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo libros.

Stengers, Isabelle, y Philippe Pignarre. 2017. *La brujería capitalista*. Buenos Aires: Hekht Libros.

Tibón, Gutierre. 1981. *La tríade prenatal (Cordón, placenta, amnios). Supervivencia de la magia paleolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.