**II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política**

“Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”

Buenos Aires, 2 al 4 de Agosto de 2017

Mesa Temática número y nombre.

MESA 29 Debates teóricos y metodológicos en torno a la producción y regulación de los géneros y la sexualidades en Latinoamérica

Título de la ponencia.

Experiencia y empoderamiento. Reflexiones acerca de la(s) experiencia(s) en *rondas* que promueven el Parto Respetado en Córdoba.

Ana Inés Lázzaro – Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS - CONICET, Córdoba)

Resumen

Esta ponencia se inscribe en mi tesis de doctorado en la cual me acerco a *rondas* que promueven el Parto Respetado en Córdoba, indagando las formas de concebir el *empoderamiento* de las mujeres dentro de estos contextos. En las *rondas*, la experiencia-vivencia corporal asociada a su potencia natural para gestar, parir, amamantar deviene central en el camino de empoderarse, pues no sólo se entiende como llave de acceso a lo “más genuino” de cada mujer sino también a una sabiduría no tergiversada por los “discursos hegemónicos” sobre el embarazo y el parto, erigiéndose frente a la racionalidad homogeneizadora y subordinante del saber-hacer biomédico. Siendo consciente de las críticas planteadas “ingenuidad” y “transparencia” que esta relación entre lo personal y lo político supone, me guía la sugerencia de Jean Scott de no descartar sino resignificar la dimensión experiencial -y en ello, corporal- evitando posturas que terminen por licuar su potencia política. Para ello, propongo retomar la noción de “cuerpo vivido”, ponderando que la vivencia corporal se construye en y mediante las narrativas pero no sólo eso, puesto que los *vivires* y *decires* subjetivos no son autosuficientes ni autoevidentes y exigen ser resituados en las tramas socio-culturales en que se hallan insertos.

**DESARROLLO**

1. **Un poco de historia**

La consolidación de la medicina occidental moderna en el siglo XIX, también llamada medicina cientificista o biomedicina, fue un complejo fenómeno social, político e ideológico en tanto se erigió como saber cuyas representaciones, interpretaciones y definiciones acerca del cuerpo y sus funciones vitales se volvieron hegemónicas, impregnando sentido común social. (Le Breton, 1995) Sin ir más lejos, el paradigma biomédico no sólo supuso un conjunto de conocimientos, discursos y prácticas dominantes en relación a la cuestión de la salud-enfermedad sino que, dado su rol clave en la conformación de los Estados nacionales, llevó adelante tareas de normalización -vía normativización- y control de los sujetos a partir de las cuales se configuró como un ‘actor’ institucional de gran poder en la organización de las sociedades modernas:

En un proceso de menos de 100 años, la medicina técnico-científica logró obtener una preeminencia notoria basada fundamentalmente en su carácter de autoridad experta. Análogamente a las religiones de Estado en el pasado, la medicina posee un monopolio que goza de aprobación oficial, consistente en el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos. (Magnone, 2012: 32)

A partir de su consideración como modelo médico hegemónico[[1]](#footnote-0) comenzó el llamado proceso de “medicalización de las sociedades” (Mijtavila, 1998); a través del cual los valores y parámetros técnicos provenientes de la medicina científica se difundieron interviniendo en nuevos espacios sociales. Dentro de este proceso medicalizador, los ciclos vitales de la gestación, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y la propia muerte se volvieron asuntos propiamente médicos siendo codificados bajo los parámetros y definiciones de la biomedicina, entre ellos, sus nociones de “patología”, “riesgo” y “peligrosidad” desde los cuales se justificó su control y regulación imponiendo criterios racionalistas, neutrales y universalistas-homogeneizadores para abordarlos, dejando de lado cualquier consideración subjetiva y vivencial para su comprensión.

En definitiva, la medicalización progresiva de las sociedades generó modificaciones tanto en la forma de entender como de abordar gran parte -sino todos- los ciclos vitales naturales de las personas, impregnando con su lógica tecno-científica y racionalistas diversos aspectos de la vida social e individual. [[2]](#footnote-1)

Y en esta colonización progresiva de las interpretaciones médicas sobre los cuerpos, subjetividades y colectividades, el control social de las mujeres anclado en lo corporal en tanto reproductivo fue un eslabón clave dentro de un proyecto de escala social; pues las mujeres -definidas exclusivamente como ‘madres’ y ‘esposas’ cuyos cuerpos y procesos fisiológicos debían responder únicamente a esos roles y funciones- fueron las encargadas y garantes del buen futuro de las sociedades nacionales en conformación. [[3]](#footnote-2) Fue precisamente en este contexto que el embarazo y, especialmente, el parto fueron hospitalizados pasando de ser un acontecimiento doméstico, asistido por mujeres y comadronas a un evento institucional, centrado en las necesidades y comodidades de los médicos y no de las parturientas.

Puesto que, desde la mirada biomédica, los cuerpos de las mujeres se definieron como intrínsecamente defectuosos, deficientes e inestables- siempre proclives a fallar en sus funciones fisiológicas se impuso la necesidad de atender el embarazo y parto como verdaderas enfermedades, esto es, controlados técnicamente, regulados rigurosamente y medicalizados; quitando cualquier tipo de participación y/o decisión a las mujeres en la relación su propia experiencia, desacreditando sus percepciones, sensaciones y sus vivencias corporales. [[4]](#footnote-3)

De esta manera, se fue reforzando un rasgo de "vulnerabilidad” y en ello, “dependencia" de las mujeres respecto a los profesionales médicos quienes se convirtieron en los responsables de interpretar sus procesos fisiológicos y dictaminar cuáles son los procedimiento necesarios de efectuar *sobre* sus cuerpos:

El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre todos los acontecimientos que refieren al cuerpo humano, en este caso, al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos (…) y se erige como ‘saber autoritativo’ (Jordan, 1993) entendido éste como el conjunto de saberes que adquiere el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado. (…) Así la atención de partos hospitalarios toma la forma de supresión activa de todo lo que la mujer pueda saber, sentir o imaginar acerca de sí misma durante el proceso. (Sadler, 2004: 2)

En tanto “pacientes”, las mujeres se definen como incapacitadas para lidiar con el proceso que están viviendo y se les obliga a buscar asistencia técnica especializada para atender su condición. El sistema médico se apropia de sus cuerpos y decide sobre ellos. Dicha “expropiación” es aún más clara cuando la mujer debe ingresar a un “territorio” donde sus saberes no son reconocidos:

 En el sistema médico alópata observamos que el parto ocurre en la casi totalidad de los casos en un lugar físico que corresponde a territorio médico. (…) No se diferencia un parto normal de uno complicaciones y son todos los casos tratados con el mismo set de procedimientos. Desde el momento en que la mujer ingresa al sistema, una serie de mecanismo se conjugan para expropiarla de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que pueda ejercer incluso sobre su propio cuerpo. (íd: 6)

En esta misma línea Marcela Lagarde habla de una suerte de “expropiación de los cuerpos femeninos” sintetizada en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. El cuerpo femenino, alega la autora, está destinado para funciones y usos que implican la negación de la primera persona, es un “cuerpo para otros” y las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones controles y tabúes, quitando toda posibilidad y valor no solo a la dimensión emotiva, sensible y auto perceptiva sino también a la experiencia singular que esta instancia significa para cada mujer.

De aquí, Lagarde refiera al “lenguaje estereotipado en torno al parto” como uno de los mecanismos más difíciles de vencer respecto a la naturalización y desvalorización de la vivencia cada mujer:

Siendo el parto una experiencia vital para millones de mujeres personalmente complicada y diferente, se vuelve un enunciado en el que no pasó nada y en el que las mujeres acaban olvidando la especificidad de cada parto. En el discurso del parto, como las mujeres no pueden ser heroicas, deben ser modestas e invisibles. Porque el parto es el espacio del nacimiento del otro las mujeres se invisibilizan y ya no existe ‘mi parto’. Existe que las mujeres parimos ¿cómo? Pues con contracciones, dolor, etc. y la experiencia tan personal y única como el parto acaba siendo anulada, y se vuelve una experiencia de género en la que no hay individualidad. Tenemos que aprender a parir con individualidad, con historia única en cada parto. Sin sentirnos exhibicionistas, construir en nosotros la especificidad y no reforzar la ética de la invisibilidad –yo le llamo la ética de la sombra- con que nos han educado. (Lagarde, 1997: 43)

Más allá del panorama esbozado, el cual evidencia la predominancia de un sistema médico cuyos principales características refieren a un modelo de atención al parto desubjetivizado (o des-humanizado) que no da lugar a la dimensión emotiva-afectiva ni contempla las vivencias singulares y decisiones de las mujeres a la vez que reproduce ciertas desigualdades de género, existen otras perspectivas que problematizan, cuestionan, y aspiran vulnerar -en la medida de lo posible- los discursos y prácticas biomédicas en torno a estos procesos.

Tal es el caso del movimiento (local-transnacional) para un Embarazo, Parto y Nacimiento Humanizado/ Respetado cuyos orígenes datan de mediados de la década de 1980 y, desde entonces, ha ido en aumento diversificándose y haciéndose presente, incluso, en nuestra realidad cordobesa y argentina actual.

Ante la progresiva institucionalización y medicalización del embarazo y parto, en 1985 la OMS organizó una convención denominada "El nacimiento no es una enfermedad" y a partir de la cual surgió un Informe sobre "Tecnologías de Parto apropiadas" en pos de revertir y mejorar la atención al parto además de rescatar el protagonismo de las mujeres y transformar las maternidades en instituciones “centradas en las familias” y no en el equipo de salud. (OMS, 1985)

De esta manera, y desde sus mismos inicios, el movimiento de Parto Humanizado/Respetado impulsa la restricción de medidas intervencionistas sobre las mujeres desde un punto de vista científico-médico pero también subjetivo, considerándolas capaces de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y favoreciendo una horizontalización de las relaciones médico-paciente.

Además de tratarse de un fenómeno de relevancia a nivel internacional, en nuestro país y concretamente, en la provincia de Córdoba, ha adquirido una notable visibilidad en los últimos años. A nivel nacional, en el año 2004 el Congreso de la Nación Argentina, sancionó y aprobó la Ley 25. 929 de Parto Humanizado/Respetado la cual está vigente desde entonces y, a pesar de su reglamentación reciente (octubre 2015), no ha tenido demasiadas repercusiones tanto en el ámbito público como privado, motivo por el cual, la implementación del modelo Humanizado cuenta con muy pocas experiencias institucionales. Sin ir más lejos, la expansión y difusión de este movimiento se sitúa principalmente a nivel de grupos sociales de carácter extra-institucional en y a partir de los cuales se promueven los derechos en el embarazo, parto y nacimiento a la vez que brindan un espacio de *“contención”* y *“escucha”* a las mujeres gestantes. Es precisamente en el contexto de estos grupos donde se inscribe este trabajo.

1. **Experiencia(s) en ronda**

Habida cuenta del proceso histórico de hospitalización del embarazo y parto y de las formas de significar estas experiencias vitales dentro del modelo biomédico hegemónico es posible comenzar a entrever cuáles son algunas de las disputas planteadas por parte de quienes y promueven “la humanización”, entre ellas, el lugar pasivo que se asigna a las mujeres para vivir plenamente y tomar decisiones sobre estas “*instancias trascendentales”.*

Las “*rondas”*, como se autodenominan (o también “*círculos”*) de Parto Respetado con las que estoy trabajando en el marco de mi tesis de doctorado refieren a grupos de mujeres gestantes (aunque también participan hombres) que se reúnen semanalmente para poner en común experiencias, conocimientos, derechos información general, etc. en torno al embarazo, parto y nacimiento siempre en relación a la perspectiva del ”Respeto” -tal como se delinea en la Ley de Parto Humanizado- pero que trasciende por muchos sus contenidos. Sin ir más lejos, el *leit motiv* más acuciado de estos encuentros es el reunirse a “*compartir experiencias y vivencias”* en tanto “*información de primera mano*” y “*de la voz de sus protagonistas reales”* poniendo en relieve no sólo la singularidad de cada caso sino también la posibilidad de generar un espacio colectivo de aprendizaje.

Dado que son convocadas y coordinadas generalmente por parteras, doulas (acompañantes afectivas del embarazo y parto) y/o profesionales de la salud avocadas a la temática, se trata de una instancia doblemente pedagógica pues, además de compartir y aprender acerca de las experiencias de otra/os las guías[[5]](#footnote-4) responden a todas las dudas y preguntas acerca del embarazo, parto y nacimiento; atendiendo especialmente los miedos, inseguridades, preocupaciones pero también inquietudes generales aspirando, como suelen decir, “*desentrañar mitos que circulan en nuestro medio”* en relación a estos procesos “*fisiológicos, naturales y saludables”.*

Asimismo, se da debate sobre las diferentes prácticas y protocolos médicos, sus consecuencias y alternativas posibles, generalmente en una postura crítica frente a la medicalización *“invasiva”* y *“abusiva”* y a la actitud “*poco respetuosa”* de los tiempos fisiológicos y psicológicos de las mujeres durante el parto dentro del modelo hospitalario, entre otras cuestiones.

Como dije anteriormente, una de las formas de control propia de la medicina tecno-científica en relación al parto ha sido y es soslayar el lugar de experiencia y vivencia singular de cada mujer, sus deseos, necesidades, sensaciones, percepciones, como aspectos dignos de ser considerados en el desarrollo y evolución de su embarazo y parto. Por tal motivo, uno de los objetivos principales de estos grupos es reivindicar la dimensión experiencial de estos procesos, rescatando no sólo la importancia de lo psico-afectivo y emocional sino también de la autopercepción del cuerpo como forma legítima de (auto) conocimiento y las “*capacidades innatas*” como “*potencia corporal*” (natural) propiamente femenina.

Tal como afirman Castro y Bronfman (1993) la epistemología médica masculina relaciona la reproducción humana con un hecho biológico únicamente, en cambio, a partir de la normativa de género patriarcal donde la mujer está emparentada con los sentimientos, la epistemología médica femenina relaciona este proceso con una integralidad emocional y física. (Schwartz, 2009: 115)

Teniendo en cuenta este contexto general, dada la centralidad que asume la idea de experiencia en las rondas, voy a poner foco en los modos de concebir y abordar la vivencia subjetiva -especialmente en los llamados “Relatos de parto”[[6]](#footnote-5)- partiendo de la base de que, en ‘el campo’, no resulta un término problemático sino que su significado resulta autoevidente y comúnmente aceptado. [[7]](#footnote-6)

La razón por la cual me baso especialmente los “Relatos de parto” para repensar esta noción es por dos motivos: primero porque estos relatos traen al juego experiencias de parto consideradas *“paradigmáticas*” y cuyo objetivo no es sólo de proporcionar información acerca de cuáles son los matices de un parto fisiológico ‘en carne propia’ sino infundir confianza a otras mujeres para parir naturalmente, poniendo énfasis en el aspecto saludable de estos procesos. Pero además de poner en relieve la naturaleza y naturalidad de un parto no intervenido, los “Relatos…” ponen de manifiesto algo peculiar –y que me interesa rescatar aquí - y es el efecto de *“empoderamiento”* que las mujeres afirman sentir luego de haber atravesado la experiencia de parir por fuera de las instituciones y *“de manera consciente”* y *“según sus propias condiciones.”* [[8]](#footnote-7)

En un encuentro especial para la Semana Mundial del Parto Respetado, donde circularon varios de estos “Relatos”, algunas mujeres hicieron referencia al efecto de potenciamiento que el hecho de parir en sus hogares les había generado:

Mujer 1: *“A mí me pasó que no en ese momento pero después de parir me dije ‘mirá lo que hice, soy grosa’. Es como que el empoderamiento me cayó después, cuando ya había pasado.”*

Partera: “*Es que justamente en ese momento, estás en otro estado, después una evalúa, vuelve a la conciencia ordinaria, pero ese es un estado extra-ordinario”.* (…)

Mujer 2: *“Yo también sentí después de parir que si había podido con eso, podía con todo. Es como algo que dura, te fuerzas para el puerperio, para la crianza, y que se yo, para todas las cosas la vida”.* (…)

Mujer 3: “*es la experiencia más poderosa que puede tener una mujer en su vida, es desplegar todo su potencial”.* (Nota de campo, 7 de mayo 2016)

De lo que se derivaron numerosos comentarios: “*es un poder que te dura para siempre”* (…) *“ya no sentí más inseguridades*” (…) “*nunca supe que tenía tanto poder oculto”* (…) “*es una fuerza que no sabés que está hasta que parís*”. Mientras que otras refirieron a la “*experiencia de parir naturalmente”* como “*transformadora en todos los sentidos de la vida”* (…) “*una nueva puerta se abre*” (…) “*me conecté con otras cosas”,* entre otras expresiones similares.

De esta manera, el parir *“libres” “sin condicionamientos”* ni *“interferencias externas”* evoca un poder que va mucho más allá de este momento específico en tanto conecta a las mujeres no sólo con las capacidades y fortalezas propias sino con la “*potencia del útero*” en tanto usina energética propiamente femenina atrofiada dentro de la cultura patriarcal. (Adrienne Rich, 1978; Casilda Rodrigañez, 2009). De hecho, recuperar este potencial que yace oculto, hacerlo emerger a partir la conexión con una misma, con el disfrute del cuerpo mediante la reapropiación de la vivencia corporal (en tanto natural) son algunos de los principios que promueven abiertamente las rondas.

Sin ánimos de poner en cuestión la validez de estas “*experiencias paradigmáticas”* y en ello, la veracidad o no de estas expresiones, considero hacer aquí algunos recaudos respecto a la noción general de experiencia que circula en estos grupos y en particular a las experiencias de parto en casa como instancias *de* empoderamiento, tal como se presenta en los mencionados relatos.

En primer término, la propia idea de experiencia-vivencia se presenta de manera autoevidente como fuente de una verdad singular, la manifestación más propia, genuina y autentica del *ser*, que busca ser constantemente controlada, acallada y expropiada por agentes y factores externos (profesionales, instituciones, políticas, influencias socioculturales, etc.) De hecho, esta forma de concebir la dimensión experiencial asemeja las rondas a los grupos de concientización feminista de los años ’70 y en los cuales lo experiencial era un bastión fundamental para criticar la falsa objetividad y el androcentrismo de los saberes instituidos, como también para visibilizar problemáticas relacionadas a la vida cotidiana, el cuerpo y sexualidad, el mandato de roles y jerarquías de género asociadas. Sin embargo, desde finales de la década del ´80 se elevaron críticas sobre esta manera de concebir la experiencia señalando, entre otras cuestiones, sus efectos esencializantes sobre las mujeres.

Durante las últimas décadas del siglo XX hubo, en efecto, una difundida tendencia, especialmente entre quienes se rotulaban analistas posestructuralistas del discurso y de los aparatos del poder, a recusar la “experiencia” (sobre todo la “vivencia”) como un fundamento simplista de la inmediatez, incapaz de registrar la naturaleza siempre ya mediada de las relaciones culturales y la inestabilidad del sujeto, el cual se supone es el portador de las experiencias. (Jay, 2009: 17)

En especial la feminista Joan Scott (2001) advirtió contra el supuesto “esencialista” de un sujeto unitario previo a su constitución discursiva, destacando que la experiencia antes que “trasparente” o “visceral” es siempre una categoría construida y que contiene dentro de sí los residuos ideológicos del contexto discursivo del que surge. Más bien, el efecto de verdad y transparencia que produce tanto la experiencia como el relato de la misma no es sino eso, un efecto de la trama narrativa en y mediante la cual las subjetividades sociales se constituyen como tales.

La experiencia materna no determina necesariamente una identidad genérica, esta generalización corre el peligro de esencializar las identidades aludidas. Para ello es necesario tener presente que la experiencia tiene un carácter discursivo y significativo, y también político. De este modo la maternidad es una experiencia polisémica y compleja: una dimensión subjetiva la define, y a la vez se constituye a través de una práctica social subjetiva. (Schwartz, 2011: 111)

Ahora bien, a este recaudo ya conocido y problematizado teóricamente, quiero sumo otro y es aquel que refiere a la asociación lineal entre experiencia(r) y poder pues, de alguna manera, los “Relatos de parto” además de presentarse como acceso a la verdad indiscutida de ‘lo vivido’ plantean la experiencia de parir naturalmente y sin intervenciones como empoderantes en sí mismas y cuya transmisión –vía oral- de mujer a mujer tendría un efecto potenciador o al menos, estimulante. Aunque esto pueda ser cierto en el plano de los hechos, es decir, que el aliento mutuo contribuya en los procesos de ‘animarse a…’ creo importante desmontar el hecho de que vivir el parto de ‘esa manera’ (y no de otra) tiene como corolario un efecto de poder, estableciendo así una relación de tipo causal entre experiencias de parto determinadas (naturales, sin intervenciones, no medicalizadas, en cuclillas, en la casa, etc. etc.) y empoderamiento femenino.

¿Qué pasa entonces con otro tipo de experiencias, diferentes, quizás opuestas? ¿No podrían ellas resultar empoderantes para las mujeres?

Pues el empoderamiento no es solo el despliegue de una potencia interior ni de fuerza corporal natural previa a cualquier condicionante discursivo, relacional, institucional, contextual, ergo, social. Si bien, como proclama Mari Luz Esteban “el empoderamiento social de las mujeres es y será siempre corporal, o no será” (2013:15), lo social aparece aquí en una relación de exterioridad y no constitutiva respecto a lo corporal; estableciendo un vínculo intrínseco e inmediato entre vivencia corporal, naturaleza, empoderamiento femenino…anudamientos que tanto costó desmontar a las pensadoras feministas.

1. **Redondeando**

Por todo lo dicho, surge la difícil pregunta de qué modo es posible recuperar la dimensión experiencial de manera tal de no recaer en posturas que, quizás sin pretenderlo, terminen licuando lo que podría ser su potencia política.

Es aquí donde considero la noción de *cuerpo vivido* -de tradición fenomenológica-[[9]](#footnote-8) puede resultar fértil. Para esto, retomo propuesta de la antropóloga peruana Liuba Kogan quien postula que “*cuerpo vivido* es la conciencia que tenemos sobre nuestra experiencia corporal.” (2010: 102) Es decir, no se trata de la sola vivencia del cuerpo en tanto forma por excelencia de existencia, de ser-en-el-mundo sino que implica algún grado de elaboración reflexiva, consciente, y en ello, discursiva. Según esta autora, abordar los estudios del cuerpo desde la noción de *cuerpo vivido* da lugar a la pregunta de “cómo los sujetos se relacionan con sus propias corporalidades”, en otras palabras, admite un análisis desde *su* perspectiva.

Señalemos que *cuerpo vivido* es un cuerpo humano en tanto se le asigna sentido a partir de la experiencia intersubjetiva en espacios físicos concretos. Más aun, algunos autores contemporáneos señalan la ampliación e importancia del espacio biográfico y reflexividad como signo de nuestros tiempos, lo que haría que los sujetos sean cada vez más conscientes de sus propios cuerpos y convirtiéndose en un componente básico de la identidad del yo. (Kogan, 2010: 103)

En definitiva, el *cuerpo vivido* no es sino la vivencia sentida y narrada a un tiempo, la conciencia corporal inescindible del discurso que la constituye. De todas maneras, incluso considerando la constitución recíproca entre la vivencia subjetiva corporal, la conciencia y lo discursivo se puede caer en la trampa de pensar estas instancias en relación mundo privado, íntimo y particular, en definitiva, propio de *esa* individualidad y no otra.

 Aunque ciertamente la idea de *cuerpo vivido* nos acerca a subjetividades concretas y distinguibles, no por eso es menos cierto que estos aspectos refieren a “sensibilidades sociales” (Scribano y otros, 2010) inscriptas en un contexto social, histórico, cultural determinado que las conforma, condiciona e incluso, las “regula”.[[10]](#footnote-9)

Un abordaje de este tipo habilita pensar las dimensiones experienciales y narrativas ancladas en la idea de *cuerpo vivido* sin desatender a su configuración social, en otras palabras, sin la necesidad de adherir a (sobre) determinaciones (de lo social sobre lo individual o viceversa) sino pensando en clave relacional y de articulaciones, por supuesto complejas, múltiples y siempre revisables.

Volviendo al caso, si experienciar supone atravesar situaciones, aprender de ellas y eso redunda en una mayor posibilidad para las mujeres de participar, incidir y tomar decisiones sobre el propio cuerpo y sus procesos entonces sí, la reivindicación de la experiencia-vivencia, sería una forma efectiva de reforzar la autoconfianza, autoestima y el poderío propio. Tal como observa Shcwartz:

Un recurso utilizado para crecer en autonomía respecto de la intervención médica es el propio saber a partir de experiencias previas. En este sentido, la experiencia empodera a las mujeres, volviéndose un recurso más, otro soporte, para construir la propia autonomía e individuación (Miller, 2005) Puede estar relacionado con el empoderamiento que permite la experiencia el hecho de que la mayoría de las mujeres entrevistadas acudían a las consultas durante el primer embarazo con su pareja, no haciéndolo así durante sus siguientes embarazos. Con este dato podemos inferir que las mujeres pueden llegar a sentirse más necesitadas de compañía cuando se sienten vulnerables, contrariamente a las ocasiones en que se sienten más empoderadas. (Schwartz, 2011: 122)

De aquí es posible pensar la experiencia como instancia indispensable en toda construcción empoderante. Ahora bien, creo importante mantener cautela a la hora de considerar un tipo determinado de vivencia(s) como causa necesaria y suficiente de un mayor poder. En otras palabras, si la reapropiación de experiencia del parto redunda en un aprendizaje que, auto-conciencia del cuerpo mediante, da lugar a un posicionamiento más autónomo respecto de si; cuál es el modo en que deben vivirse esas instancias (para tener tales efectos) es algo que no sólo no puede establecerse de antemano –cosa que supondría concebir a las mujeres como sujeto unificado- sino que debe atender a las intersecciones de clase, posición social, aspectos culturales, étnicos, religiosos, institucionales y políticos, etc. que condicionan no sólo el significado y valor de las experiencias de parto para las mujeres sino también la posibilidad real de empoderarse en y a partir de éstas.

Por eso, y para no descartar –nuevamente- la dimensión vivencial tal como se plantea desde posiciones racionalistas, universalistas y homogeneizadoras pero también desde perspectivas posestructuralistas e incluso feministas que objetan las aproximaciones “ingenuas” a la misma, considero que la noción de cuerpo vivido socialmente situado puede ser una clave para recuperar la experiencia teniendo en consideración de la trama discursiva, social y de poder en la que se halla inserta.

Si bien esta interrogación -y discusión- es fácilmente dada desde un plano teórico, el terreno se vuelve más pantanoso e incierto a la hora de repensar y proponer mediante qué usos y apropiaciones las experiencias concretas (y la idea de experiencia que subyace) puede robustecer discursos y prácticas que se quieren transformadores a la vez que empoderantes, tal como sucede en las rondas. Soy consciente de que la propuesta de retomar el cuerpo vivido socialmente situado vuelve opera principalmente en un nivel teórico dejando pendiente las maneras posibles de articular estas consideraciones a la práctica. Es decir, ¿de qué formas esta noción puede ser apropiada por estos grupos concretos en pos de evitar retóricas esencializantes sobre los procesos corporales “naturales” de las mujeres, en este caso, el embarazo y parto?

Sin saldar esta pregunta ahora la dejo aquí planteada con la intención, al menos, de contribuir a esta discusión tan compleja como apasionante.

**BIBLIOGRAFÍA**

BATTERSBY, Cristine (1998*) Phenomenal Woman: Feminist Metaphysics and the Patterns of Identity*, Routledge, N.Y.

BEAUVOIR, Simone (1977) [1949] *El segundo Sexo. La experiencia vivida*. Siglo veinte editores. Bs. As.

BUTLER, Judith (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del 'sexo'*. Paidós, Bs As.

BRAIDOTTI, Rosi (2005*) Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade*. Gedisa, Barcelona.

ESTEBAN, Mari Luz (2013) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ballaterra: Barcelona

FORNES, Valeria (2009). “Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto”, en Actas I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: debates y prácticas en torno a violencias de género, 1ª ed. Universidad Nacional de Córdoba

\_(2011). “Parirás con poder… (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea” en Karina Felitti (Coordinadora) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. pp 133-52. Ediciones Ciccus, Bs. As.

JAY, Martin (2009) *Cantos de experiencia. Variaciones modernas de un tema universal*. Paidós: Bueno Aires.

JORDAN, Bridgitte (1993) *Births in four cultures. A crosscultural investigation if childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Waveland, Press Inc. Illinois.

KOGAN, Liuba (2010)”Hacia una teoría del cuerpo vivido y de la identidad del yo” en Scribano y Lisdero (comps) *Sensibilidades en Juego. Miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones.* CEA-CONICET, Córdoba. pp. 99-124

RICH, Adrienne (1978) *Nacida de mujer*. Ed. Noguer S.A., España.

RODRIGAÑEZ, Casilda (2009) Parto orgásmico. Testimonio de mujer y explicación fisiológica. Disponible en: <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/parto-orgasmico-testimonio-de-mujer-y-explicacion-fisiologica>

SADLER, Michelle (2004) “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para elanálisis de la atención biomédica del parto”. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género.* pp. 15-66. (comp.Sadler, Acuña y Obach) Colección Género,Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, Santiago de Chile.

KRISTEVA, Julia (1982) *Powers of horror*. Columbia University Press, N.Y.

LAGARDE, Marcela (1997) *Claves feministas para el poderío y autonomía de las mujeres*. Puntos de Encuentro, Nicaragua.

LE BRETON, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Bs. As.

MAGNONE ALEMÁN, Natalia (2012) *Parto y Derechos Humanos*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <http://issuu.com/dnpsmides/docs/desc_10>

MARTIN, Emily (2006) *The Women in the Body*. Bacon Press, New York

MENÉNDEZ, Eduardo (1988) “Modelo Médico Hegemónico y atención primaria”. Segundas jornadas de atención primaria de la salud. 30 de abril al 7 de mayo, Bs. As, p. 451-64

MERLEAU PONTY, Maurice (1994) *La fenomenología de la percepción*. España: Planeta-Agostini

MIJTAVILA, Myriam (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N° 33. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.

OMS (1985) *El Nacimiento no es una enfermedad*, Declaración de Fortaleza, Brasil. Lancet 1985, 8452- II

SCHWARZ, Patricia (2009) “La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media” en *Argumentos. Revista de crítica social*, 11, pp. 111-135

\_(2011) “Sexualidad, estética y dimensión erótica del embarazo. Un estudio en mujeres heterosexuales de sectores medios” en en Karina Felitti (Coordinadora) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. pp 133-52. Ediciones Ciccus, Bs. As.

SCOTT, Joan (2001) “La experiencia” en *La ventana,* n° 13, pp. 42-73.

SCRIBANO, Adrián (2007) “La Sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones” en “Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones.” Adrián Scribano (Comp.) CEA-UNC. pp.118-142.

SCRIBANO, Adrián y otros (2010) *Sensibilidades en Juego. Miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones.* Scribano y Lisdero (comps) CEA-CONICET, Córdoba.

YOUNG, Iris Marion (2005*) Throwing like a girl and other essays. On female body experience*. Oxford UniversityPress

1. En líneas generales, el Modelo médico hegemónico se entiende como un "conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez, 1988: 451) Es importante destacar que noción de hegemónico, de influencia gramsciana, implica que dicho modelo subalterniza ciertas prácticas sin eliminarlas y debe entenderse y analizarse en las "condiciones históricas en las cuales opera" atendiendo a la relación con otros modelos, prácticas y discursos con los cuales dialoga, se nutre y también nutre. [↑](#footnote-ref-0)
2. El concepto de “biopoder” acuñado por Foucault (2002) refiere justamente a las crecientes formas de control de la reproducción de la sociedad y de los sujetos por parte de Estado y de la medicina cientificista como “discurso de verdad” comportando dos dimensiones centrales: una social, la “biopolítica de la población”, cuya función refiere a una serie de controles e intervenciones que regulan la población en tanto cuerpo-especie y otra individual definida como “anatomopolítica del cuerpo humano”. En esta última, el biopoder se ha ocupado de establecer las funciones normales del cuerpo humano estableciendo las distinciones sano-enfermo, normal-desviado, entre otras, extendiendo una línea de continuidad entre las los procesos biológicos fisiológicos al ámbito conductual y social. [↑](#footnote-ref-1)
3. Aun hoy, estas fuerzas regulatorias continúan in-formando los cuerpos según visiones y racionalidades androcéntricas en tanto nuestras sociedades se basan en el modelo de familia patriarcal que subordina a las mujeres a partir de la dominación tan material como simbólica sobre sus cuerpos, su sexualidad y procreación. [↑](#footnote-ref-2)
4. Estas consideraciones han sido principalmente cuestionadas desde el feminismo y perspectivas de género en general, tanto un plano teórico como militante, atendiendo al detalle de que los procesos mencionados atañen a la corporalidad de las mujeres. (Kristeva, 1982; Battersby 1998; Butler, 2002; Young, 2005; Braidotti, 2005; Martin, 2006). [↑](#footnote-ref-3)
5. Hago la aclaración de que, quienes asisten a las rondas, no refieren a sus organizadoras en tanto “guías” sino por su nombre de pila. De todas maneras, este vocablo - junto con orientadora, moderadora, facilitadora y coordinadora- me parecieron los más adecuados para dar cuenta del rol de las parteras y/o doulas como mentoras, promotoras y encargadas de dirigir los encuentros sin suponer una estructura jerárquica tradicional (directora, líder, autoridad, maestra, etc.) [↑](#footnote-ref-4)
6. Estos relatos refieren a experiencias de parto domiciliarios, en y a partir de las cuales las mujeres narran de qué manera más allá de los vaivenes, dificultades, tensiones y y/o demoras lograron parir naturalmente y sin intervenciones más que el *“aliento”*, *“confianza”* y la *“contención amorosa”* de quienes la acompañaran en ese momento. [↑](#footnote-ref-5)
7. Siguiendo a Martin Jay (2009) la experiencia es aquello que atraviesa la persona dando como resultado algún tipo de aprendizaje, enriquecimiento o modificación en la misma. Por su parte, la noción de vivencia (experiencia vivida), pone el acento en la dimensión sensorial y sensitiva que registra el cuerpo al experimentar. Dado que, en el plano de los hechos, estas distinciones son inconcebibles, tomaré ambas nociones como sinónimos. [↑](#footnote-ref-6)
8. Estas apreciaciones coinciden con lo relevado por la antropóloga argentina Valeria Fornes (2009, 2011) [↑](#footnote-ref-7)
9. Dentro de la tradición fenomenológica, Maurice Merleau Ponty (1994) fue un precursor indiscutido del llamado “giro corporal” que tuvo lugar en los años ’80. El filósofo refiere a la “conciencia” en tanto “encarnada”, esto es, cuya reflexividad se origina en el cuerpo y en las percepciones, por lo que conciencia y experiencia corporal resultaría indisociables. No es sino por nuestros cuerpos que “tenemos un mundo”, dice Merleau Ponty, en un sentido tan material como simbólico y significativo. Por su parte, Simone de Beauvoir (1977) plantea estas discusiones “existencialistas” en clave feminista advirtiendo de que manera la construcción del cuerpo de mujer, y ergo su experiencia como tal, se encuentra subsumida a sus roles sociales (especialmente de madre y esposa) fundamentando su situación de inferioridad y sometimiento, por lo que el cuerpo femenino se constituye como una limitación para el acceso a los derechos y privilegios otorgados a quienes, dada su tipificación corporal, son considerados ‘hombres’. [↑](#footnote-ref-8)
10. Scribano (2007) define los “mecanismos de soportabilidad social y dispositivos de regulación de las sensaciones" como aquellos dispositivos a partir de los cuales el sistema neocapitalista ejerce una dominación no coercitiva sino in-corporada, es decir, hecha cuerpo, naturalizada, reproducida y legitimada por aquellos mismos a quienes domina. Los mecanismos de control y dispositivos de regulación implican procesos de selección clarificación y elaboración de percepciones socialmente determinadas y distribuidas, organizando la auto-percepción de los sujetos y los grupos en su contexto y que, al configurarse en la costumbre, el hábito, los sentidos comunes sociales e incluso en las sensaciones que parecen más íntimas, pasan totalmente desapercibidos como tales. En esto radica las nuevas formas de colonialismo que alcanzan lo más recóndito de la subjetividad advirtiendo así la imposibilidad de pensar la existencia de una dimensión puramente privada o íntima. [↑](#footnote-ref-9)