

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Cómo nacemos hoy:
manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica.**

Camila Jurado Rivera

Tutor: Mariana Viera

2015

“Una sabiduría milenaria lo dirigía todo con precisión exacta: las aguas rompiéndose, las contracciones sucediéndose, acelerándose cada cinco, cada dos, cada minuto. Mi corazón era un tambor llevando el ritmo. No había escapatoria. Aquel mecanismo no se detendría hasta que el proceso culminara. Me entregue al doliente erotismo de aquella fuerza abriéndome por dentro.

Nada existía sino mi vientre pulsando.

Los doctores y enfermeras que de tanto en tanto venían a rondearme, hacían comentarios sobre lo joven que yo era. Yo, en cambio me sentía antigua, parte del múltiple cuerpo femenino que compartía en este rito de pasaje el poder de las convulsiones violentas de las que emergieron el mar, los continentes, la Vida.

Aferrándome a pensamientos épicos, sobrellevé el dolor y las vergüenzas a que me sometieron en el hospital. Primero, la enfermera que me afeitó el vello púbico. No solo me perturbó que una perfecta extraña se ocupara de la más secreta porción de mi anatomía, me dio terror. Su velocidad y determinación pasmosa me hicieron temer una clitoridectomía¹ involuntaria. Me quede tan quieta como pude, casi sin respirar, con los ojos cerrados. Después, la misma enfermera, me aplicó un enema haciéndome yacer de costado. Con la bata del hospital abierta por detrás y mi gran barriga, aquella carrera al baño casi acaba con mi dignidad. Cuando pensaba que cesaban mis vergüenzas, empezó una constante sucesión de doctores que indagaban sobre el proceso de dilatación de mi cérvix. Uno a uno llegaban y sin más revisaban mis intimidades, asomándose entre mis piernas como si se tratara de un open house. Los médicos se referían al bebé como el “producto”, como si yo fuera una máquina ensambladora a punto de escupir alguna herramienta de jardín”.

Gioconda Belli.²

¹ Clitoridectomía: Extirpación quirúrgica del clítoris. Diccionario Larousse 2009

² “El país bajo mi piel” Autobiografía. 2010

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	4
Objetivos, Objeto de estudio y categorías de análisis.....	6
Metodología.....	7
Capítulo I. Medicalización de la reproducción.	
1.1. Medicalización de la sociedad.....	8
1.2. Mujeres y Práctica Médica.....	11
1.3 Proceso medicalización de la sociedad uruguaya.....	12
1.4 Medicalización del parto.....	15
Capítulo II. Violencia de género dentro del campo de la salud.	
2.1. Violencia Obstétrica.....	18
2.2. Recomendaciones OMS sobre el Nacimiento.....	20
Capítulo III. Género.	
3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de género?.....	21
3.2. Género y Poder	22
3.3 Breve descripción de los cambios acontecidos en las políticas en salud hoy.....	25
Capítulo IV Análisis	
4.1 Introducción al análisis.....	26
4.2 Medicalización y patologización el parto.....	27
4.3 Medifar para apurar.....	30
4.4 Violencia Obstétrica.....	36
4.5 ¿Rezongar y castigar?.....	40
4.6 Culpabilización de los cuerpos.....	43
Capítulo V. Reflexiones Finales.....	47
Bibliografía.....	51
Anexos.....	55



Introducción

La presente monografía se encuentra enmarcada en la licenciatura de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Siendo parte de una exigencia curricular, la misma es un estudio *acerca de las percepciones y sentires de mujeres al respecto de sus embarazos, trabajos de parto y parto*.

Además del interés personal que moviliza esta investigación, existe una identificación feminista sobre aquellos ámbitos donde puede vislumbrarse todavía hoy, desigualdades de género que imposibilitan el desarrollo de vidas autónomas, libres de discriminación y de cualquier forma de opresión.

El presente estudio pretende ser un aporte a las Ciencias Sociales desde la mirada del Trabajo Social. Busca conocer y dar cuenta acerca de cómo vivencian distintas mujeres sus procesos de embarazo y parto en nuestra sociedad, el trato recibido por parte del personal a cargo de estos sucesos y la posibilidad de identificar situaciones de violencia dentro del ámbito sanitario.

Para dar cuenta acerca del tema de este trabajo, se realiza en un primer momento la búsqueda de material bibliográfico al respecto. Luego se seleccionan y desarrollan algunas categorías de análisis que transversalizan el objeto de estudio: medicalización de la sociedad y el parto, género, violencia obstétrica. Posteriormente se presenta la realización y el análisis de las entrevistas realizadas a mujeres que vivenciaron los nacimientos de sus hijos e hijas en el último año y medio en Montevideo.

Justificación

El interés sobre este trabajo *nace* a partir de inquietudes, con raíces personales y académicas en lo que respecta a la atención sanitaria que reciben las mujeres durante sus embarazos, trabajos de parto y parto en los diferentes ámbitos de la salud, tanto pública como privada, así como también la atención que reciben aquellas mujeres que planifican y deciden llevar adelante sus trabajos de parto y parto en sus casas.

Dada la fuerte expansión que ha adquirido la medicina en nuestros días, como institución productora de un tipo de saber y conocimiento sobre el cuerpo, interesa indagar qué acontece en instancias reproductivas, específicamente, qué pasa con la atención que reciben las mujeres durante estos procesos en un contexto en el cual el saber médico ha colonizado espacios y esferas de la vida de las cuales antes no participaba ni tenía mayor incidencia. (Mitjavila; 1998)

Comparado con el resto de los países de nuestro continente Uruguay presenta una

buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud y también al respecto de indicadores de morbilidad materno e infantil. Más allá de esto, son constatadas prácticas dentro del campo de la obstetricia consideradas ineficientes e incluso perjudiciales tanto para las mujeres como para sus hijos/as. (Magnone; 2010)

Mientras la Organización Mundial de la Salud estima que el índice de cesáreas de una sociedad debería estar entre el 10, 15 por ciento, en Montevideo estas cifras exceden ampliamente lo estimado. Algo similar ocurre con la realización de la episiotomía³, intervención que se ha convertido en los últimos años una práctica rutinaria, de la cual no hay “evidencia científica” de que sea una práctica saludable.

Estas cifras dan cuenta de la creciente intervención médica en los procesos reproductivos. Se suman otras. Para el año 2013, el 53.1% de los nacimientos en nuestro país fueron partos vaginales, el 44.1% por cesárea, el 2.3% corresponden a la categoría otros, fórceps, vacuum y sin datos 0.5 %. Para el mismo año en Montevideo en instituciones públicas de salud el 62.6% (6530) de los nacimientos han sido parto vaginal, 33.4% (3486) han sido cesárea, 3.7%, categoría otros, de fórceps, vacuum, y sin datos, 0.3%. En instituciones privadas, el 42.1% (6226) de los nacimientos han sido parto vaginal, 55.3 % cesárea (8175), 2.3% otros, utilización fórceps, vacuum, sin datos, 0.2%, según los datos aportados por el Sistema de Información Perinatal.⁴

Si bien en algunos casos se trata de prácticas debidamente justificadas, en otros pueden resultar abusivas e incluso dar lugar a lo que ha sido definido como violencia obstétrica. Este tipo de violencia es definida como *“toda conducta acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”* (Medina; 2006)

El presente estudio, trata de indagar si la voz de las mujeres que transitan por sucesos como el embarazo, trabajo de parto y parto es escuchada, si sus deseos y necesidades son tenidos en cuenta en la toma de decisiones y quienes son quienes toman las mismas para, desde este lugar, problematizar la existencia y naturalización de situaciones de violencia obstétrica. ¿Consideran las mujeres entrevistadas que se ha atendido a sus deseos, demandas,

³ Episiotomía: incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal blando para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Fuente:

⁴ “Frecuencia absoluta de la terminación del parto según prestador público o privado Uruguay 2013” Datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal Unidad de Información Nacional en salud, departamento de Epidemiología Ministerio de salud Pública, Julio 2014

pedidos, derechos en las situaciones de trabajo de parto y parto? ¿Cómo evalúan los casos en que no han sido escuchadas o atendidas debidamente? En aquellas situaciones en las cuales sienten que sí fueron escuchadas y atendidas en sus necesidades, ¿pueden haber existido de todas formas situaciones de violencia obstétrica identificables desde “el afuera”? ¿Cuáles son las posibles explicaciones para que esa violencia no haya sido entendida como tal por las mujeres? Son algunas de las preguntas que surgen y despiertan el interés en dicha temática

Objeto de estudio

Manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica

Objetivo General

Conocer distintas experiencias y percepciones de mujeres que hayan transitado diferentes formas de parir, principalmente en lo que respecta al vínculo y trato recibido por el personal a cargo de sus embarazos, trabajos de parto, partos y/o cesáreas, médicos/as, enfermeros/as, personal administrativo, parteras o doulas.

Objetivos específicos

- 1- Dar cuenta de las percepciones de mujeres con respecto a sus embarazos y partos.
- 2- Indagar acerca de las respuestas brindadas por parte del personal de salud a las mujeres, en relación a sus dudas, interrogantes o posibles cuestionamientos durante sus embarazos y partos.
- 3- Identificar posibles resistencias por parte del personal médico con respecto a los deseos o necesidades de las usuarias.
- 4- Investigar posibles situaciones de violencia obstétrica.

Metodología

La metodología llevada a cabo en la presente monografía es de tipo cualitativa, entendiendo por la misma “aquella que trata sobre cómo recoger datos descriptivos, es decir, las palabras y conductas de las personas sometidas a la investigación.” (Taylor y Bogdan; 1984: 16). Un abordaje de carácter cualitativo permite la construcción de datos a partir de lo enunciado por los propios actores, con el propósito de reconstruir la realidad tal y como la observan los mismos. Muchas veces se denomina a la investigación cualitativa como “holística”, ya que una de sus características es tener en cuenta el “todo”. (Hernández Sampieri y otros; 2003). Esto implica

que no basta con la perspectiva del actor, sino que es preciso dar cuenta del contexto socio histórico en el que se encuentra, ya que *“las respuestas suelen estar íntimamente relacionadas con el contexto en que se brindan y las posiciones estructurales y situacionales que ocupan los informantes.”* (Guber; 2004: 102).

La Investigación cualitativa proporciona una “descripción íntima” de la vida social. (Taylor y Bogdan; 1996). Los métodos cualitativos de investigación permiten el acceso al mundo subjetivo de los actores involucrados. Para acceder al entendimiento de las acciones particulares y de procesos sociales es preciso buscar en las definiciones y características que los actores le atribuyen a los mismos. (Guber; 2005).

La metodología cualitativa se considera como la más pertinente para el desarrollo de la presente monografía. Es necesario adoptar un enfoque flexible, que permita ajustar el trabajo a la realidad con la que se encuentra el investigador. Las preguntas de investigación y los objetivos deben estar abiertos a los cambios que puedan surgir en el transcurso del proceso, ya que las personas a entrevistar no viven realidades estáticas e inamovibles. Para tener acceso a estas experiencias flexibles, no serviría una guía estructura y rígida, sino que es preciso adaptar el diseño de investigación a sus relatos, dejando espacio para que de los mismos puedan surgir nuevas interrogantes o inquietudes. Para conocer la perspectiva de las protagonistas y poder dar cuenta de sus percepciones y vivencias durante sus procesos de embarazo, trabajo de parto y parto es menester el acceso a sus relatos y el acercamiento a las experiencias a través de sus palabras.

Para lograr el acceso a los relatos es necesario aplicar ciertas técnicas, entendidas como *“herramientas del investigador para acceder a los sujetos de estudio y su mundo social; dentro de una reflexividad en sentido específico, las técnicas son una serie de procedimientos con grado variable de formalización -y ritualización- que permiten obtener información en una situación de encuentro, en el marco de una relación social”.* (Guber; 2005; 95).

Una de las técnicas más ricas que permite aproximarse al universo de significados de los actores es la entrevista, entendida como un tipo de intercambio verbal que sirve principalmente para construir los marcos de referencia de los actores a partir de sus verbalizaciones. Como entiende Guber, *“el sentido de la vida social se expresa particularmente a través de discursos que emergen constantemente en la vida diaria (...) la entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree. Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones”* (Guber; 2001: 75)

Estas entrevistas en profundidad son ricas, además, por la aproximación que el investigador puede realizar sobre aquello que es importante para los informantes:

significados, perspectivas y definiciones, cómo los actores se ven a sí mismos y cómo ven, experimentan e interpretan su mundo. Según la autora *“la entrevista es una situación cara a cara donde se encuentran distintas reflexividades, pero también donde se produce una nueva reflexividad. La entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación”* (Guber; 2001: 76)

La entrevista en profundidad semiestructurada, será la técnica utilizada que permitirá el conocimiento de vivencias y percepciones de mujeres que hayan transitado por distintas experiencias en sus embarazos y partos. Esta es entendida como *“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.”* (Taylor y Bogdan; 1984: 101)

Se entrevistó a mujeres pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos, las cuales vivenciaron en el último año y medio los nacimientos de sus hijos/as en instituciones de salud pública, en instituciones de salud privada y en sus domicilios.

La entrevista en profundidad permite, a partir del conocimiento de las experiencias de los actores, dar cuenta de la forma en que los mismos conciben y dan contenido a determinadas situaciones. La información que los entrevistados brindan, posibilita al investigador dar cuenta la forma en que los mismos viven y asignan contenido a determinadas situaciones o acontecimientos de su realidad social. Las entrevistas cualitativas se caracterizan por ser flexibles y dinámicas.

Capítulo I. Medicalización de la reproducción

1.1 Medicalización de la sociedad.

El concepto medicalización, dentro del ámbito de las ciencias sociales, refiere a los procesos de expansión de los parámetros, tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en distintas áreas de la vida humana que exhibían en el pasado mayor grado de autonomía. (Mitjavila; 1992)

En las sociedades contemporáneas, la medicina constituye una de las esferas de control social basada en el conocimiento y la intervención sobre el cuerpo, la vida y muerte de los individuos. Se transforma así en una de las instituciones portadoras de verdad a cargo de expertos, profesionales que si bien parten de juicios al parecer neutrales, encubren consideraciones muchas veces de carácter moral. (Mitjavila; 1992)

Para dar cuenta acerca de la medicalización de los procesos reproductivos, se considera necesario echar luz sobre la conceptualización actual del cuerpo, ya que se entiende que es en y sobre los cuerpos, en este caso los cuerpos de las mujeres, sobre los cuales se interviene; intervenciones que no necesariamente tienen una justificación médica, ni se desprenden de las voluntades o deseos de las mujeres.

En las sociedades occidentales el saber sobre el cuerpo ha encontrado su formulación en la medicina. A diferencia de la medicina tradicional, que considera a la persona como una unidad indisoluble, teniendo en cuenta su entorno y contexto, la medicina occidental moderna habla del cuerpo y de la "máquina humana" olvidando la historia personal, focalizándose en los procesos orgánicos. (Le Breton; 1995)

Si el cuerpo humano es considerado como máquina, pero defectuosa, el cuerpo de la mujer, debido a los procesos por los cuales el mismo transita (menstruación, embarazo, parto, menopausia, climaterio) es considerado doblemente defectuoso. De hecho, la ginecología nace como especialidad dedicada a atender estos "problemas" del cuerpo femenino. (Rohden, Schwarz apud Viera; 2014)

Illich, define a la medicalización como la creciente intervención de la medicina en las diversas áreas de la vida, como un proceso político en el cual se produce la colonización del saber médico, la dependencia de la atención profesional y el hábito de consumir medicamentos. EL autor destaca la proliferación de los efectos secundarios de los medicamentos para la salud de las personas, los efectos del consumo de medicamentos tóxicos que además de ser nocivos para la salud, no permiten a los individuos el conocimiento de sus dolencias, ni su autocuidado. La colonización del accionar médico no se restringe a las personas consideradas "enfermas" sino también a quienes no padecen ninguna dolencia o enfermedad, siendo la prevención y el diagnóstico una necesidad, y la asistencia médica una mercancía en las sociedades modernas. (Illich; 1975)

Cuando las personas aceptan que necesitan la atención médica para el desarrollo de todas las etapas de sus vidas, entendiendo esto como una verdad, esta pasa a formar parte de la cultura, instalándose en ella. *"El médico comienza apoderarse de la vida con el examen prenatal mensual, cuando decide cuándo y como debe de nacer el feto; termina con su decisión de suspender las actividades de resurrección. El ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado"* (Illich; 1975: 54)

Hasta el siglo XIX las familias aplicaban tratamientos que conocían, siendo la curación actos practicados por el hombre y la mujer, por sus familias y comunidades, dentro de ellas. En la sociedad industrial las personas deben obtener las cosas, consumir, no actuar ni

procurarse sus propios bienes o servicios, restringiendo así su autonomía. El "arte de curar" deja de ser una capacidad del "enfermo" pasando a ser deber del médico. En vez de un servicio personal, el arte de curar es producto de una gran empresa y la medicina institucionalizada una amenaza para la salud. (Illich; 1975)

Valores como la tradición, el saber, la intuición y la destreza, han sido desplazados por los nuevos valores de progreso tecnológico, el interés ya no está en curar lo curable, sino salvar a la humanidad de las enfermedades, de la invalidez e incluso de la muerte. *"La moderna civilización médica esta planificada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. Estos son nuevos objetivos que nunca antes habían sido líneas de conducta para la vida social. La civilización médica ha transformado el dolor, la enfermedad y la muerte de experiencias esenciales con las que cada uno de nosotros tiene que habérselas, en accidentes para los que debe de buscarse tratamiento médico"* (Illich; 1975: 116)

En lugar de movilizar y fomentar la capacidad de autocuración, la medicina moderna hace de las personas "pacientes", espectadores/as pasivos/as, débiles, reforzando esta visión mediante algunos rituales como el uso de la túnica blanca, la administración de anestesia, o el traslado en ambulancias o silla de ruedas. Estos rituales están cargados de significados simbólicos que generan en las personas la percepción de que son necesarios para su salud, sin percibir que estos representan muchas veces, una pérdida en lo que respecta a la capacidad para enfrentar adversidades. (Illich; 1975)

Durante los procesos de embarazo, trabajo de parto y parto, los cuerpos de las mujeres son conceptualizados como cuerpos enfermos (Barrán; 1993), conceptualización que justifica la intervención sobre los mismos. Esto, sumado a la legitimidad del saber-poder médico, el cual porta un discurso de verdad sobre el cuerpo, (Foucault; 1990) justifica desconocer la voluntad y deseos de las mujeres que son más que nunca pacientes depositarias de un tipo de saber. (Castro; 2010)

Una de las características de la medicalización de la sociedad es su carácter normalizador, siendo funcional al control sobre los individuos y las poblaciones. La demarcación de lo normal y lo patológico no constituyeron desde siempre las categorías fundamentales de la medicina de Occidente, esta data de los siglos XVIII y XIX y tiene el poder de delimitar lo irregular, lo desviado. La medicina comienza a funcionar fuera de su campo tradicional, ya no se limita a la demanda del "enfermo" sino que convierte a la salud en el objeto de intervención médica, imponiéndose la medicina como un acto de autoridad. (Foucault; 1992). La aparición de la autoridad médica, la ampliación del campo de la medicina, la introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva y los

mecanismos de administración médica, son los procesos que Foucault identifica en la consolidación de la institución médica del siglo XX. *“El capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII, y comienzos del siglo XIX socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica”* (Foucault; 1992: 125)

1.2 Mujeres y práctica médica

“La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” (Ehrenreich y English; 1981)

Uno de los primeros intentos de eliminar a las mujeres de la práctica médica tiene sus orígenes durante la Inquisición. Las “brujas” eran mujeres sanadoras no profesionales que estaban al servicio de la población campesina. La eliminación de las mismas en la hoguera por ser curanderas permitió la creación de la profesión médica masculina, bajo la protección de las clases dominantes. *“(…) La Inquisición constituye uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales por los <profesionales> y de la intervención de estos últimos contra el derechos de los <no profesionales> a ocuparse del cuidado de los pobres”* (Saez apud Ehrenreich y English; 1981).

Las brujas y comadronas eran mujeres que se encontraban al servicio de aquellos/as que lo necesitaban. Su saber, provenía de su experiencia, intuición y percepción, en sus sentidos antes que en cualquier doctrina religiosa, en sus capacidades de curar provenientes de sus propias experiencias como sanadoras.

Al implantarse la medicina como profesión y la universidad como ámbito apropiado para el desarrollo de la misma se excluyó legalmente a las mujeres de esta práctica prohibiéndoles el ejercicio de la medicina a quienes no habían cursado dichos estudios. A finales del siglo XIV en casi toda Europa los médicos (varones, blancos, de clase alta) habían conquistado el monopolio sobre la práctica de la medicina dentro de las clases altas exceptuando el ámbito de la obstetricia la cual continuaba siendo competencia de las comadronas hasta el siglo XVII.(Ehrenreich y English; 1981).

Durante el siglo XVII, se sientan las bases y fundamentos del paradigma médico actual, las cuales residían en la observación del cuerpo centrado en el estudio de la enfermedad. El desarrollo de la medicina occidental implicó el abandono del enfoque integral

del paciente y la relación del mismo con su medio ambiente. El nacimiento de este modelo mecanicista se sucedió de la mano de la deslegitimación del saber de las parteras tradicionales. El hospital gana un lugar privilegiado para que se sucedieran los nacimientos, y también como lugar privilegiado de práctica de los futuros médicos quienes pasan a ser los portadores de un saber así como de técnicas eficaces y efectivas para llevar adelante los partos. (Sadler; 2003)

El uso de la anestesia durante el siglo XX se masificó, lo que permitió también que el terreno de la obstetricia (masculina claro) se afianzara, y que las comadronas y parteras estuvieran en desventaja comparativa sobre los médicos durante la atención en el parto. (Ehrenreich y English; 1981)

Hasta la conquista española, la atención al parto estaba en manos de mujeres y parteras y en oportunidades también con ayuda de hombres, el parto era concebido como un proceso natural y normal, no patológico y la parturienta era la principal protagonista. (Sadler; 2003)

1.3 Proceso de medicalización de la sociedad uruguaya.

El proceso de medicalización de la sociedad uruguaya que data entre 1900 y 1930, estuvo enmarcado en un proceso socio político, económico y cultural el cual tenía como objetivo dar fin a la “sociedad bárbara” para dar comienzo a una nueva “civilización”. Esta nueva civilización debía adaptarse y acatar los mandatos que el nuevo régimen imperante imponía. La dedicación al trabajo, fin del ocio y tiempos improductivos (todo aquel tiempo que no estuviera destinado al trabajo), fin de los placeres del cuerpo, excepto los que tuvieran como fin la reproducción, fin del juego, control de las pasiones y “desenfrenos” de los cuerpos, fueron algunos de los requisitos para el establecimiento y funcionalidad al orden capitalista. La medicalización de nuestra sociedad refiere a "*la asunción por la cultura de los derechos de la salud, la infiltración de los valores, la mentalidad y sensibilidad dominantes en el saber científico*". (Barrán; 1993: 17).

Distintas instituciones fueron claves en el proceso de medicalización; la educación, la salud, la policía y la familia, fueron algunos de los agentes claves en este proceso, los cuales tenían a cargo la función de disciplinar. Desde sus distintos lugares, compartían un mismo fin, el hacer funcional los cuerpos al nuevo orden político, económico y social.

Los receptores principales de dicho proceso disciplinario, (si bien fue la sociedad toda objeto de este emprendimiento) fueron los/as niños/as, los/as considerados “locos/as”, las personas económicamente pobres y las mujeres.

La medicalización jugó un papel central en dicho proceso disciplinario así como el rol

de su principal portador: el médico, quien sustituyó al sacerdote en sus funciones.

El creciente rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, la salud como valor supremo, la asunción de conductas y valores disciplinarios, la medicina como institución directora de una nueva conciencia y la figura del médico como dirigente de las conciencias individuales y de conductas morales, son algunas de las características del proceso de medicalización. El avance científico, el cambio cultural y el apoyo estatal, fueron los que permitieron y legitimaron la medicalización de la sociedad y el poder de la corporación médica. (Barrán; 1993)

El médico pasó a estar autorizado para intervenir sobre los cuerpos, escuchar e interrogar a las almas y dirigir las conciencias. La sociedad disciplinaria, comenzó a horrorizarse ante la enfermedad, la muerte y el dolor físico, antes vistos como parte de la naturaleza humana: la nueva cultura tuvo la necesidad de anestesiar al dolor. Previo al siglo XIX, curanderos y curanderas eran quienes tenían la capacidad de curar, haciendo partícipes a vecinos, familiares y al "enfermo/a". La familia era el ámbito donde se trataba la enfermedad, siendo las mujeres quienes tenían un papel protagónico ya que eran consideradas como "depositarias del saber popular", conocedoras y expertas de recetas y remedios caseros transmitidos de generación en generación. Hubo una lenta pero progresiva sustitución del curandero por el médico, así como de la comadrona por la partera. *"Los partos, cuando no eran "naturales" se atendían con las comadronas, ya que según la opinión común "cualquier mujer que haya pasado por ese trance puede ayudar a salir de él"* (Barrán; 1993: 80)

En su búsqueda por preservar la salud, la clase médica monopolizó y medicalizó el tratamiento de la enfermedad. En las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX se expandieron los calmantes para el dolor, ya que terminar con él era una de las nuevas funciones del saber médico. El parto fue uno de los procesos que la medicina adoptó como propio, con el objeto eliminar la maldición bíblica sobre la mujer y su dolor. Ya en 1907, la clase médica recomendaba métodos de dilatación artificial del cuello del útero, para *"sustituir a la lenta e inactiva expectación confiada en las fuerzas naturales, intervenciones operatorias que ahorran sufrimientos, suprimen complicaciones y detienen la marcha de procesos patológicos"* (Juan Pou Orfilia apud Barrán; 1993).

El discurso médico de la época describía a la mujer como "un enfermo en estado natural" (Barrán; 1995). La menstruación, la gestación, el parto y el puerperio eran considerados estados patológicos en los cuales las mujeres no estaban aptas para hacer uso de todas sus facultades. El papel de las mismas, dada su "naturaleza" biológica, estaba destinado a cumplir con las tareas y mandatos de la maternidad y subordinar su vida (y su sexualidad

claro) a la función procreadora. El saber médico, no solo creó una imagen de lo que biológicamente era el cuerpo femenino, trató también de inventar un cuerpo que respondiera a la mujer que la sociedad patriarcal burguesa deseaba, recata en el placer, "agradable" físicamente y madre, por encima de todo.

Los hospitales pasaron a ser el mejor agente medicalizador destinado a los sectores populares. La medicalización del embarazo y el parto comenzó a ser impulsada desde el Estado luego de la apertura de la "Maternidad" en 1915. La imposición de cierta moral y los cuidados de "enfermedades" como el embarazo y el parto encontraron su lugar privilegiado, el hospital. La clase médica vio la necesidad del monopolio del arte de curar, y por ende de excluir del mismo a curanderos y parteras. Las parteras merecieron la vigilancia de los médicos y del Estado, ya que estas estaban legalmente autorizadas para competir con los médicos durante el parto, y además eran mujeres, mientras el poder médico estaba en manos de los hombres. (Barrán; 1993). En 1864 el Consejo de Higiene Pública determinó que las parteras solo podían ejercer como tales en caso de partos naturales, prohibiéndoles todo parto artificial y la posibilidad de administrar ningún tipo de sustancia a las "pacientes". En 1919 el Consejo Nacional de Higiene reglamentó la instalación de "casas para parturientas o maternidades particulares" a cargo de parteras, prohibiéndoles atender o recibir mujeres embarazadas antes del sexto mes de embarazo. En 1924 dicho Consejo dictó ordenanza sobre esta profesión "subalterna al médico" en la cual *"la partera reducirá su actividad profesional a la asistencia e higiene del embarazo normal, cuidado de la madre pre y post parto normales, cuidado del recién nacido hasta la caída del cordón umbilical."* (Barrán; 1993: 184) Solamente podía recetar medicamentos en caso de que el médico no concurriese, y debía de llamar a este en caso de complicaciones obedeciendo todas sus indicaciones higiénicas.

El endiosamiento de la salud por parte de la sociedad uruguaya del 900 legitimó el poder de curar. La obediencia y el sometimiento eran requisitos para la medicalización de los cuerpos. Estos requisitos derivaron muchas veces en la infantilización del enfermo y el uso del terror por parte del médico. (Barrán; 1993)

El saber médico al ser un saber científico, dudó y deslegitimó las percepciones de los pacientes. La salud pasó a ser un hecho solo verificable por quien detentaba el saber y no por quienes padecían dolor o algún síntoma.

El saber médico era un saber tutelar, el cual poseía la verdad sobre el cuerpo y contaba con la facultad de revelar la verdad sobre el mismo. Este poder en palabras de Barrán, *"actuó como padre omnisciente y despótico"* (Barrán; 1993: 221)

Las mujeres "histéricas" fueron las principales destinatarias del poder terapéutico que

detentaba la clase médica (conformada por hombres), en las supuestas “curaciones” estaba presente el castigo médico-paterno, baños con agua fría, aislamiento, permanecer en cama. El médico del 900 como buen director de conciencia, funcional al orden social establecido, era el más calificado para dirigir también las sexualidades existiendo una clara diferencia entre hombres y mujeres.

1.5 Medicalización del parto.

“La historia de la obstetricia es la de la separación entre la procreación y la sexualidad, la mujer y la madre, el feto y la madre” (Davis Floyd; 2005)

El proceso del parto, si bien es un proceso universal en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, nunca acontece como un mero hecho fisiológico ya que este se encuentra moldeado según cada cultura, difiriendo entre una y otra. (Sadler; 2007). Es a fines de la década de los 60 y comienzos de los 70 que se afianza el campo de la Antropología del Parto, y es desde esta área en donde se han generado las principales contribuciones acerca de las vivencias de mujeres al respecto de estos sucesos.

Distintos estudios antropológicos y feministas comienzan a problematizar las formas en que las mujeres vivenciaban el embarazo y parto. Dichos estudios partían de las voces de mujeres quienes vivían estos procesos en condiciones de opresión relacionado con el control social de los cuerpos. Las mujeres denunciaban el hecho de que sus deseos, sentimientos y necesidades no eran respetados, el sentir de ser objetos asexuados, vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias. (Schwarz; 2009).

Varias autoras comienzan a cuestionar el modelo de concebir el parto biomédico, concordando en la estrechez y sesgo etnocéntrico de la medicina occidental, entendiendo a la misma como *“un sistema de salud que objetiviza al paciente, mecaniza al cuerpo y privilegia a sus practicantes por sobre los pacientes en un status jerárquico que le atribuye conocimiento autorizado solo a quienes saben cómo manipular la tecnología y decodificar su información”* (Jordan apud Sadler; 2007).

Schwarz, en la misma línea de Le Breton, desarrolla la concepción del cuerpo de la medicina occidental. Entiende que la misma estudia un cuerpo separado del sujeto, percibiendo al mismo como receptáculo de enfermedad. La percepción del cuerpo en occidente, responde a la separación cuerpo-alma, separación del sujeto de la comunidad a la cual pertenece y separado del universo. La necesidad de control, dominación y administración de los cuerpos del discurso ginecológico, responde a la concepción del cuerpo de la mujer, el cual porta una naturaleza patológica debido a los procesos biológicos relacionados con su

aparato reproductor y los cambios que este produce en el cuerpo. (Schwarz; 2009).

La medicalización del parto y su construcción como un proceso patológico está ligado según Erviti al origen de la noción de mujer decente en la era victoriana. Los partos comenzaron a ser cada vez más atendidos solo por médicos, excluyendo a familiares, anestesiando a las mujeres, relegándolas corporalmente del proceso del parto. Los médicos, obtuvieron cada vez mayor control y poder sobre el parto, quedando las mujeres consignadas a las salas de parto. *“El parto medicalizado se mantiene y la práctica de las parteras todavía es atacada por un conjunto de fuerzas del sistema médico, los administradores y los políticos”* (Plechner apud Erviti; 2009: 16).



El control médico del parto comienza en Europa en el siglo XVIII, y tuvo sus orígenes en la racionalidad científica y con el lucro que el mismo representaba. Es en este mismo siglo en Francia que se introduce la posición horizontal para parir con el fin de facilitar al médico la ejecución del diagnóstico y la asistencia (Magnone; 2011)

En el contexto de la biomedicina es la tecnología la que determina lo que debe concebirse como conocimiento autorizado imponiendo un régimen de poder que no da lugar a otras formas de conocimiento. *“La tecnología se legitima en el contexto de una ciencia moderna occidental andocéntrica que escinde los cuerpos y se apropia de ellos, en especial de los cuerpos femeninos”* (Sadler; 2007: 64)

No solamente la instancia del parto es controlada y regulada por el saber médico, sino también los cuidados durante el embarazo son objeto de control y vigilancia médica. Aquellos movimientos de mujeres que comienzan a problematizar la asistencia que las mismas recibían durante sus etapas reproductivas, plantean la humanización como *“la legitimidad política de reivindicación de los derechos de las mujeres en la asistencia al nacimiento, demandando principalmente un parto seguro, asistencia no violenta, brindando a las mujeres el derecho de conocer y decidir sobre los procedimientos en el parto, el derecho a la integridad corporal”* (Schwarz; 2009: 125)

La hospitalización del parto, llevo a considerar al mismo como un evento médico quirúrgico, caracterizado por un modelo tecnicista, pautado por la racionalidad y tiempos institucionales. El hospital, es visto como el mejor lugar para parir ya que la ciencia, la tecnología y el saber médico permiten la llegada al mundo de un ser perfecto, eliminando el esfuerzo y el dolor de la madre. La práctica médica desplazó al enfoque madre-hijo/a, a la calidad del “producto”, el cual tendrá mayor posibilidad de salir perfecto si el parto es por cesárea. La cesárea le brinda al médico una sensación de control sobre este proceso de nacimiento, defectuoso por su propia naturaleza. (Blázquez Rodríguez: 2005)

Martin, por otro lado, resalta el lugar pasivo que pasa a tener la mujer, subordinado al del médico, siendo el útero el principal responsable del trabajo de parto.

"En la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, la atención al embarazo, parto y puerperio deja de ser atendido por mujeres, parteras y comadronas, sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital, como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, naturalizado, donde ya no es un fenómeno social compartido por la mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario -principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización" (Esteban apud Sadler; 2003)

La medicina obstétrica y su necesidad de control y regulación del saber popular y de los grupos que tradicionalmente atendían los procesos reproductivos de las mujeres, ha hegemonizado su saber, desconociendo y deslegitimando saberes y prácticas alternativas. El hospital pasa a ser entonces el lugar privilegiado para la atención al embarazo y parto, entendiéndolo este último como un proceso largo, doloroso, lento (Esteban; 2005) defectuoso por "naturaleza".

La medicalización del parto y el uso excesivo de tecnología son consecuencias del proceso de control del embarazo y el parto. El incremento de los controles médicos, las ecografías de rutina, las inducciones durante el parto, técnicas como forceps y episiotomías, la imposición de la postura horizontal, hacer que las mujeres se desprendan de sus objetos personales, restringir el acompañamiento de las mismas, el aumento de cesáreas son consecuencias de dicho proceso de medicalización y del aumento del uso de la tecnología. (Esteban; 2005)

"(...) La separación es el principio básico de este paradigma al que se llama "modelo médico". Otros principios básicos incluyen la metaforización del cuerpo femenino como una máquina defectuosa y la premisa básica de que el parto será mejor cuando esta máquina de dar a luz defectuosa se conecte a otras máquinas de diagnóstico más perfectas" (Davis Floyd; 2009)

El modelo tecnocrático de atención al parto desarrollado por Davis Floyd, refleja los valores centrales de las sociedades occidentales modernas. La concepción del cuerpo como máquina, separación cuerpo-alma, desconocimiento del ambiente, contexto y situación de las personas. El modelo tecnocrático tiene como pilares fundamentales una fuerte orientación hacia la ciencia, tecnología, orientada al beneficio económico, por instituciones gobernadas por un saber patriarcal.

Si bien no se pretende extrapolar ningún modelo para que el mismo pueda ser utilizado en la reflexión acerca de lo que acontece con la atención sanitaria que reciben las mujeres en instancias reproductivas, los aportes de Davis Floyd son fundamentales a la hora de pensar en

las formas de atención en el sistema de salud del Uruguay actual.

Capítulo II. Violencia de género dentro del campo de la salud.

2.1. Violencia Obstétrica.

La violencia obstétrica es una de las tantas formas y expresiones de la violencia de género la cual se pone de manifiesto dentro del campo de la salud y en situaciones reproductivas. Medina define la violencia obstétrica como *“toda conducta acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”* (Medina; 2006).

Este tipo de violencia no se limita a aquellos que se desempeñan en el área de la ginecología u obstetricia, sino a todo el personal que desempeña funciones dentro del ámbito sanitario; médicos, enfermeras/os, personal administrativo, camilleros, demás.

La violencia obstétrica puede ser violencia de tipo física o psicológica. La violencia obstétrica física tiene que ver con la realización de prácticas invasivas, o suministro de medicación no justificado por el estado de salud de la usuaria ni de su hijo/a, o cuando no son respetados los tiempos ni las posibilidades de tiempo biológico de las mujeres. (Medina; 2008)

La violencia obstétrica de tipo psicológica, incluye el trato deshumanizado, grosero, humillación cuando la mujer solicita información, asesoramiento o requiere atención, o durante el transcurso de una práctica obstétrica.

Medina subraya algunas de las posibles manifestaciones de la violencia hacia la mujer en los servicios de salud, la vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad, mediante la exhibición o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales, la violación al derecho a la información y a la toma de decisiones, tratos crueles, inhumanos y degradantes. (Medina; 2008)

Magnone, entiende como actos constitutivos de la violencia obstétrica aquellos ejecutados por el personal de salud como; no atender de forma oportuna y eficaz las emergencias obstétricas, obligar a las mujeres a parir en posición supina con las piernas levantadas, obstaculizar el apego precoz del niño/a con la madre sin razón médica justificada, negándole a la madre la posibilidad de cargarlo/a y amamantar inmediatamente al nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo utilizando técnicas para acelerar el mismo sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Magnone; 2010)

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos de las mujeres va desde rezongos, insultos, burlas, ironías, amenazas, manipulación de la información, negación al tratamiento, aplazamiento de la atención médica, indiferencia frente a solicitudes o reclamos, no consultarles o informales sobre las decisiones que se toman durante el transcurso del trabajo de parto y parto, el manejo del dolor como castigo, la coacción para obtener su “consentimiento”, daño deliberado a la salud de la usuaria.

Magnone entiende a la violencia generada en los servicios de salud como parte de un sistema altamente jerarquizado en un contexto caracterizado por la asimetría de poder en la relación médico-paciente y por la apropiación por parte del sistema de salud de las decisiones vitales sobre el cuerpo de las usuarias.(Magnone; 2011)

La violencia institucional ejercida en los servicios de salud que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante los procesos de embarazo y trabajo de parto se manifiestan en acciones y omisiones, tales como; la no administración de medicamentos para paliar el dolor o la administración excesiva y/o innecesaria, la realización de episiotomías rutinarias, la administración de oxitocina, la imposición de la postura horizontal durante el trabajo de parto, no permitir a las mujeres que tomen las decisiones al respecto de su cuidado, rasurado de rutina, enemas, inducción del parto previo a la semana 42, separar a las mujeres de sus hijos/as aún cuando no existen razones de salud. (Ervitti; 2009, Magnone; 2010) Estos son algunos ejemplos de prácticas rutinarias, no siempre necesarias y muchas veces ejercidas de forma violenta, sin el previo consentimiento de las usuarias, que las mujeres vivencian durante sus embarazos, trabajos de parto y parto.

La violencia en el campo de la salud, es parte de un sistema y una sociedad que impone y reproduce mediante sus instituciones principales (educación, familia, estado) las desigualdades de género dominante. (Bourdieu: 2000). Para poder sostener y reproducir las desigualdades de género y discriminación, las instituciones han debido de generar estrategias y dispositivos de violencia represiva y simbólica. (Fernandez apud Magone; 2010). La violencia simbólica, es un tipo de violencia invisible, aceptada de forma inconsciente, tanto por los dominados como por los dominadores. (Bourdieu; 2000) Las estructuras históricas del orden masculino han sido incorporadas tanto por hombres como por mujeres como esquemas inconscientes de percepción y apreciación, esquemas que registran como diferencias “naturales” la división entre los sexos. La dominación masculina convierte a las mujeres en objetos, haciendo parecer como natural la construcción social de los géneros. El saber médico hegemónico, como institución portadora de un saber científico reproduce esta visión del mundo y de los sexos. Reproduce, legitimando la visión androcéntrica la cual

tiende a restringir la autonomía de las mujeres, relegándolas al ámbito doméstico y a la función reproductora. (Bourdieu; 2000) La naturalización de este tipo de violencia, y preeminencia de lo masculino sobre lo femenino, invisibiliza la desigualdad de poder y género, dificultando la percepción de dominación masculina existente y la posibilidad que las mujeres cuestionen este tipo de poder y dominio, inscripto en la totalidad del orden social que opera en la oscuridad de los cuerpos. (Bourdieu; 2000)

2.2. Recomendaciones Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, llevaron adelante en el año 1985 una conferencia acerca de la tecnología apropiada para el parto. La misma tuvo lugar en Fortaleza, Brasil y fueron partícipes obstetras, comadronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y mujeres. Las recomendaciones, se dividen en recomendaciones generales y específicas.

Se parte del entendido que: *“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada”* (OMS; 1985).

El acompañamiento a la mujer durante el parto y período postnatal por una persona elegida por la misma, el apoyo emocional por parte del equipo sanitario, el derecho de elegir la vestimenta, alimentación y destino de la placenta, el fomentar que la mujer camine durante la dilatación y que decida sobre la postura adoptar durante la fase de expulsión, el respeto a que el recién nacido/a pueda permanecer con su madre, entendiendo que la observación no es un impedimento para separarlos, la lactancia inmediata, son algunas de las recomendaciones que realiza la OMS para promover y preservar el bienestar de la mujer durante estos sucesos.

Algunos de los países con menores tasas de mortalidad perinatal tienen menos de un 10% de cesáreas. No está justificado que ningún país tenga más de un 10- 15% de cesáreas. La monitorización fetal solo debe realizarse en casos de riesgo de mortalidad perinatal, ya que no existe evidencia de que la misma tenga efectos positivos. No está indicado rasurar el vello púbico, ni realizar enemas. Tampoco se recomienda la posición dorsal o litotomía durante la dilatación y la fase expulsiva. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas, y ninguna región debería de tener más de un 10% de inducciones. Se debe de evitar durante la fase expulsiva la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos. Tampoco está justificada la rotura de membranas como procedimiento de rutina.

Es interesante a partir de estas recomendaciones, poder echar luz acerca de lo que acontece con la atención sanitaria que reciben las mujeres en nuestro país, hoy.

Capítulo III. Género

3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de género?

El concepto *Género* comienza a ser utilizado por el feminismo anglosajón a partir de los años 70 para poder diferenciar las construcciones sociales y culturales, de la biología. La introducción de este concepto tenía como objetivo la comprensión de la realidad social y también un claro objetivo político "*distinguir que las características humanas consideradas "femeninas" eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse "naturalmente" de su sexo*" (Lamas; 2003).

Las diferencias sexuales son la base a partir de las cuales se estructuran categorías simbólicas que definen que es lo masculino y lo femenino en cada contexto. (Sadler; 2003)

A pesar de las diferencias existentes entre las distintas corrientes de pensamiento feministas, las teóricas feministas conceptualizan al género como "*el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es "propio" de los hombres, lo masculino y lo que es "propio" de las mujeres, lo femenino*". (Lamas; 2000:).

Si bien desde hace años la utilización de la categoría género se utiliza para enfrentar el determinismo biológico, en la actualidad este concepto ha pasado a ocupar un lugar central en el debate sobre la historia, lenguaje, literatura, arte, educación medicina y ciencia, derecho y trabajo. (Lamas; 2000).

Joan Scott introduce aportes fundamentales para la comprensión de dicha categoría. Entiende al género como una forma de dar cuenta acerca de las construcciones culturales, la creación social de aquellas ideas y precepciones acerca de los roles "apropiados" tanto para hombres como para mujeres, como una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades de hombres y mujeres. El género es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, y el uso de la misma pone en cuestión un sistema de relaciones que si bien puede incluir el sexo, no está determinado por el mismo. (Scott; 1996) Scott subraya la necesidad de rechazar la oposición binaria, poder lograr una historicidad, la cual incluya no únicamente la historia de las mujeres sino también la de los hombres, ya que una implica y es parte de la otra.

El género es "*un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que*

distinguen los sexos y como una forma primaria de las relaciones de poder" (Scott; 1996: 20)

El uso de la categoría género rechaza las explicaciones biológicas, aquellas que encuentran su fundamento para legitimar la subordinación femenina en el hecho de que las mujeres tienen capacidad para parir y los hombres tienen mayor fuerza muscular (Scott; 1996), lo cual habilita y legitima que sean parte del ámbito laboral, y las mujeres las encargadas por excelencia del ámbito doméstico, inhabilitándolas a ocupar el espacio público, siendo el privado el ámbito consignado para las mismas. La autora plantea que no hay un mundo de las mujeres separado del mundo de los hombres, ya que el mundo de las mujeres es creado en el de los hombres y por ellos. Propone una vinculación interesante con el poder, ya que entiende al género como el campo primario dentro del cual y por medio del cual se articula el mismo. (Lamas en Scott; 2003).

3.2 Género y poder

Al respecto del poder tanto Scott como Lamas retoman los aportes de Bourdieu, quien entiende a la lógica del género como una lógica de poder, de dominación y una forma paradigmática de violencia simbólica. (Lamas; 2003). El orden social masculino se encuentra tan profundamente arraigado desde hace milenios que no precisa de justificación alguna. Se impone como autoevidente y es considerado como el orden natural tanto en las estructuras sociales como la organización social del espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, como por las estructuras cognitivas inscriptas en los cuerpos y mentes. (Bourdieu apud Lamas; 2003).

La dominación masculina es consecuencia de un tipo de violencia invisible ejercida a través de la comunicación, dominación que no es cuestionada ya que se inscribe en el orden "natural" de la historia; la violencia simbólica. (Bourdieu; 2000) La violencia simbólica, es una forma de poder que se ejerce sobre los cuerpos, sin necesidad de recurrir a la violencia física.

La división entre los sexos aparece como "natural", "normal" presentándose en un tiempo y en un estado objetivo, en las cosas y en el mundo social, incorporado en los cuerpos y en los hábitos de sus agentes, funcionando como esquemas de percepción. (Bourdieu; 2000)

"la eficacia masculina, radica en el hecho que legitima una relación de dominación al inscribirla en lo biológico, que en sí mismo es una construcción social biologizada" (Bourdieu; 2000: 50)

La diferencia entre los órganos sexuales masculino y femenino es producto de una construcción social que tiene su origen en la razón androcéntrica. Esta diferencia de los cuerpos masculino y femenino, construidas y percibidas de acuerdo con los esquemas de la

visión androcéntrica se convierte en el garante indiscutible de significancias y valores que van en consonancia con esta visión del mundo.

Es la construcción social y arbitraria de lo biológico y del cuerpo y sus costumbres y funciones, en especial la función reproductiva, lo que le da un fundamento en apariencia “natural” a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual, de la división del trabajo y de todo el cosmos. (Bourdieu; 2000)

Los esquemas de pensamiento registran las diferencias como “naturales” lo que hace que no sea fácil percibir la relación de dominación que se encuentra en la base. Aparece como un sistema de relaciones independientes de la relación de poder. La dominación masculina esta anclada en nuestros inconscientes así como en las estructuras simbólicas e instituciones de la sociedad. (Bourdieu; 2000)

Bourdieu retoma el concepto de habitus, al cual define como el *“conjunto de relaciones históricas depositadas en los cuerpos individuales en forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción. La cultura, el lenguaje, la crianza inculcan en las personas ciertas normas y valores que se consideran “naturales. El habitus reproduce estas disposiciones estructuradas de manera no consciente, regulando y armonizando las acciones”* (Bourdieu apud Lamas; 2003).

Dado que lo esquemas de percepción y pensamiento de los dominados son producto de la dominación, sus actos de conocimiento son más bien actos de reconocimiento, de sumisión. (Bourdieu; 2000) Esto no quita la capacidad de agencia de las personas, ni la capacidad de modificar y oponer resistencia a estas estructuras. Las mujeres aplican a la realidad y a las relaciones de poder en las que están inscriptas, esquemas de pensamiento que son producto de la asimilación de estas relaciones de poder. Las relaciones de dominación aparecen como naturales y pueden derivar en una especie de auto denigración. (Bourdieu; 2000)

El cuerpo aparece como un artefacto producido tanto natural como culturalmente, situado en un momento histórico concreto y una cultura determinada. Experimenta sensaciones, placeres y dolores a los cuales la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales y coercitivas.

Lagarde, introduce aportes interesantes al pensar como la expropiación del cuerpo de las mujeres conlleva a la prohibición de decidir sobre el uso de los cuerpos preservando la integridad y desarrollo personal. Plantea que el cuerpo femenino es simbolizado como un cuerpo para otros, y las decisiones sobre el mismo son tomadas por otros mediante restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres, deciden las sociedades a través de las instituciones y las personas que portan algún tipo de poder legítimo. En la cultura dominante el cuerpo femenino es reconocido y venerado por la

maternidad y condenado si la sexualidad femenina está centrada en la mujer (Sadler; 2003) y en su propio placer.

El saber y la práctica médica no escapan ni le son ajenos los estereotipos de género hegemónicos en nuestra sociedad. Los esquemas de percepción y apreciación de los profesionales médicos y la construcción de sus objetos de intervención en los servicios de salud reproductiva definen las actitudes y valoraciones médicas, las formas de interacción durante la atención de los procesos reproductivos, concretamente en la atención durante el parto. (Erviti; 2010). Muchas veces las mujeres embarazadas se constituyen en "objetos" de atención para los profesionales a partir de la noción del cuerpo como máquina. Estas receptoras del feto deben ser vigiladas, controladas y examinadas continuamente, expuestas a intervenciones rutinarias (muchas veces excesivas e invasivas, generadoras de gran ansiedad) y deben de "colaborar" con los médicos para un óptimo término del proceso de parto. La mirada médica es centrada en el feto, quedando las mujeres relegadas a un segundo plano, quienes además deben acatar todas y cada una de las recomendaciones médicas ya que se parte de la idea que el cuerpo de la mujer embarazada es un cuerpo en riesgo, enfermo. La mirada médica pasa del enfoque madre-hijo, a centrarse en el feto, o en el "producto de la gestación" (Erviti, Castro; 2010)

Mari Luz Esteban refiere a la naturalización social del rol de las mujeres, como "*una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales...)* y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio." (Esteban; 2006:11) Retoma el concepto de *biopoder* introducido por Foucault para dar cuenta de un sistema de poder y dominación inscrito en el cuerpo y en la biología, un nuevo poder, no ejercido por un soberano o gobierno, sino aquel que es ejercido a través de los discursos de los expertos de los distintos saberes llamados científicos a partir de la modernidad, un poder experto y productivo el cual establece normas de comportamiento. La naturalización social de las mujeres, surge en Occidente como parte de un proceso de consolidación de un sistema económico, político socio cultural (sociedad capitalista, burguesa) presentado como un orden "natural", legitimado por la noción de progreso. La crítica feminista, ha puesto su mirada en la desnaturalización del análisis clásico de la reproducción, y de la sexualidad y en el control social que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres. (Esteban; 2006).

El género atraviesa la comprensión y definición del embarazo parto y puerperio. "*Las representaciones del embarazo, los modelos de atención al parto, los aspectos atendidos en el puerperio, los modelos de maternidad y paternidad, no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para*

engendrar y amamantar sino que también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho y que construyen y mantienen un sistema de género” (Blázquez Rodríguez; 2005: 13)

Blázquez Rodríguez define y vincula los aportes de las autoras/es antes citadas/os acerca de sus conceptualizaciones sobre género, vinculándolas con los procesos de embarazo, parto y puerperio y con las conceptualizaciones acerca de la paternidad y maternidad.

Lo que transversaliza los estudios y aportes citados, tiene que ver con la desnaturalización de los papeles y roles histórica, cultural y socialmente asignados a hombres y mujeres en determinados contextos y momentos históricos. El sexo con el que venimos al mundo, no nos da una identidad sexual, ni tampoco nos dice o nos determina en nuestras formas de actuar o comportarnos.

3.3 Breve descripción de los cambios acontecidos en las políticas en reproducción hoy.

Uruguay es un país pequeño que cuenta con una población de 3.286.314 según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (2011). El 52% de la población son mujeres, y el 48% son hombres. (Estos datos no incluyen la población que no se identifica con ninguna de estas dos categorías). Nuestro país presenta características particulares en comparación con el resto de los países de la región debido al temprano proceso de transición demográfica, el cual comienza en las primeras décadas del siglo XX. Algunos rasgos constantes son; la baja densidad demográfica y la desigual distribución de la población en el territorio, con una alta primacía urbana, en lo que respecta en Montevideo principalmente. Se constata también el proceso de envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer se estima para las mujeres en 79 años y para los hombres 71. Si bien dentro de la región Uruguay es uno de los países que presenta una distribución de los ingresos más igualitaria, según investigaciones de la CEPAL el 50% de los niños/as que nacen en nuestro país pertenecen a hogares bajo la línea de pobreza. La transición demográfica y epidemiológica temprana le permitió a nuestro país configurar en las tres primeras décadas del siglo XX tasas de mortalidad y fecundidad similares a las experimentadas en los países industrializados, reduciendo la tasa de natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estos procesos, Uruguay tiene una estructura de población envejecida y un bajo crecimiento vegetativo. En las últimas cuatro décadas en términos globales, la tasa global de fecundidad se mantiene prácticamente sin cambios y el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto superior al necesario para evitar el descenso de la población. (Paredes, Varela; 2001) Una de cada dos mujeres jefas de hogar en

edades activas con hijos/as a cargo son pobres, y uno de cada dos niños/as nace en condiciones de pobreza. A estos fenómenos se le agrega la indigencia y la feminización de la pobreza. (Abracinskas, López Gómez; 2005).

Hacia a mediados del siglo XX Uruguay experimenta un desarrollo de las políticas y programas enfocados a la salud materno infantil, los cuales posibilitaron el descenso de la mortalidad infantil y materna la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto. El desarrollo e institucionalización de un modelo sustentado en el binomio madre-hijo explica la tardía definición por parte del Estado de políticas y programas de abordaje a la salud integral a la salud sexual y reproductiva. (Abracinskas, López Gómez; 2005)

A partir de 1996 surgen acciones gubernamentales que ampliaron las prestaciones en salud sexual y reproductiva las cuales trascienden los modelos materno infantil característicos de las intervenciones sanitarias. Este modelo, sustentado en binomio madre- hijo tenía sus raíces en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón y su participación de los procesos reproductivos. El histórico modelo de atención materno infantil ha sido superado por una concepción integral enfocada en el acceso a servicios seguros, asequibles y eficaces de salud sexual y reproductiva que garanticen a mujeres y hombres todos los requerimientos para ejercer su sexualidad y capacidad reproductiva sin inconvenientes. Esto incluye contar con las condiciones necesarias que efectivamente le permitan a la mujer y su pareja decidir cuando tener hijos/as, vivir esa experiencia sin temores ni perjuicios y vivirla de forma placentera (MYSU; 2007).

Capítulo IV Análisis

4.1 Introducción al análisis

El presente apartado reflexiona a partir de las categorías de análisis, acerca de las manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica. Se busca dar cuenta acerca de cómo viven las mujeres sus embarazos, trabajos de parto y parto, su percepción acerca de la atención y el trato recibido por parte de los equipos que forman parte de estos sucesos. Desde la mirada del Trabajo Social, consideramos que es de suma importancia conocer y tratar de comprender las diversas realidades en las cuales se encuentran insertas y hacen parte las personas, para poder intervenir en las mismas.

Compartiendo la mirada de los/as autores/as antes mencionados, entendemos al campo médico como un espacio el cual ha adquirido en la modernidad una relevancia significativa en la vida de las personas, siendo una instancia desde la cual se controla, regula y normaliza los

cuerpos. El cuerpo de las mujeres, cuando atraviesan instancias reproductivas, se convierten en un ámbito privilegiado para el ejercicio de poder por parte del ámbito médico.

No se pretende aportar una mirada acabada sobre dicha temática ya que la realidad no es aprehensible de una vez y para siempre, sino que está en continuo cambio y movimiento. Se pretende si poder pensar y aportar una, de las tantas miradas existentes, acerca de las condiciones en las cuales las mujeres transitan estos momentos de sus vidas.

Para poder conocer acerca de estos procesos, se entrevistó a quince mujeres heterosexuales entre 22 y 43 años, pertenecientes a distintos sectores socio económicos, las cuales hubieran parido en el último año y medio tanto en instituciones de salud pública como privada y en sus casas, en el departamento de Montevideo. Del total de las quince entrevistadas once tuvieron parto vaginal y cuatro mujeres vivenciaron una cesárea.

De quince entrevistadas, tres de ellas planificaron su parto en domicilio pero por distintas circunstancias debieron de concurrir a una institución. Dos de ellas concurren al sistema privado de salud, y una al Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Existieron dos situaciones de mujeres que planificaron realizar sus trabajos de parto en domicilio y concurrir al momento del nacimiento a una institución.

Una de las entrevistadas que planifico realizar su trabajo de parto en domicilio y asistir en el momento del alumbramiento a una institución (privada), no pudo realizar el trabajo de parto, fue directamente a cesárea. La otra entrevistada que decidió realizar el trabajo de parto en su casa, si bien si transito el mismo también terminó en cesárea.

4.2 Medicalización y patologización parto.

En los relatos de las mujeres acerca de sus embarazos y partos puede vislumbrarse la medicalización de los cuerpos y como las mismas vivencian dichos procesos.

Compartimos la afirmación de Ervitti quien entiende que el exceso de medicalización de los cuerpos de las mujeres, responde a la patologización de los mismos durante etapas como el embarazo y parto. (Ervitti; 2009)

Las mujeres que planificaron sus partos en domicilio manifiestan una postura crítica al respecto de la medicalización de los procesos reproductivos, entendiendo a los mismos como innecesarios y perjudiciales para su propia salud y la de sus hijos/as.

"El tema es que una intervención para mí es la cadena de muchas intervenciones, si a vos te ponen un suerito para dilatar, después eso te va hacer que te rompan la bolsa, te va a ser que no te dejen parar, te va a ser a que por más mínimo de que no les caiga la responsabilidad a ellos te hacen una cesárea. Entonces ta o sea

yo quería llegar a bueno ta si me tengo que llegar hacer un cesárea es porque realmente no hay otro método, no hay otra forma de que nazca" (Victoria)

"ni que hablar durante el parto que a veces cuando se dificulta lo mínimo ya utilizan otros métodos para... No dando el tiempo a que el niño se vaya manifestando, no. Nosotros creemos que el niño se manifiesta en su manera desde que nace, entonces hay niños que demoran mucho en nacer, hay niños que demoran muy poco en nacer como en el caso de Julieta (...) todas esas cosas y el cuidado hacia la madre, de darle su tiempo, el no exigirle, a mi me hicieron tacto solamente 3 veces y la última fue para decirme bueno ya estas. Nunca sentí como una falta de cuidado no, siempre muy cuidada" (Eugenia)

"considero que los hospitales no son lugares para nacer, para que ocurran los nacimientos .La hospitalización del nacimiento es una cosa reciente, para mí no tiene sentido más que en los casos que lo requiera. Yo habiendo tenido un embarazo normal y bueno teniendo todas las ganas que naciera acá, me parece mucho más seguro y me parece para la mujer que es lo más tranquilo y lo mejor para el bebe también, es todo, es las menos intervenciones o la ausencia prácticamente de intervenciones innecesarias que para mí lo que hacen es perjudicar el trabajo de parto y el parto en sí(...)en el embarazo actualmente se hacen demasiados estudios, se controla demasiado innecesariamente. Yo no digo que no hayas casos en que si haya que hacerlo pero o sea esta todo el tema de la medicalización y del negocio o sea te cobran cada eco dolpler, todas las veces que vas te cobran, siempre te cobran un poquito un poquito un poquito pero entras a sumar todo lo que gastas en el embarazo y es un disparate y entras a sumar la cantidad de embarazadas y es terrible negocio. Y ta todo siempre termina siendo dinero" (Ana)

"la sala de parto está muy lejos de ser de lo que uno imagina como ideal, de hecho te la dejan acá (pecho) y ya te la sacan y le hacen millones de pruebas, totalmente innecesario entonces ta...no es muy difícil darse cuenta que eso es bastante agresivo no para el bebe(...), la cortada de cordón, la episiotomía todas esas cosas que viste que todo tiene un tiempo que es externo, son decisiones totalmente externas a las necesidades de la madre y del bebe...es como una cosa así de ...de dinámica del lugar y no tanto de lo que uno precisa " (Pato)

Los testimonios, percepciones y sentires de las mujeres hablan por sí mismos. Las mujeres que transitaron estos sucesos en sus casas comparten una postura crítica acerca de la medicalización de sus cuerpos y del nacimiento, lo perjudicial que las intervenciones y prácticas rutinarias, como la episiotomía, administración de suero, el rompimiento de membranas pueden significar para ellas y para sus hijos e hijas.

Estas intervenciones abusivas (entendiendo como tales cuando no son justificadas) van desde controles y estudios durante el embarazo, hasta las prácticas de inducción del parto, episiotomías y cesáreas, que responden muchas veces a necesidades e intereses de los técnicos e instituciones sanitarias, relegando los deseos e intereses de las mujeres.

Varias de las entrevistadas refieren también a la importancia del primer contacto madre-hijo/a, posibilidad que en las instituciones generalmente no es dada a las mujeres y bebés, o les es brindada en tiempos muy cortos. Andrea, quien había planificado el nacimiento de su hija en su casa y finalmente vivenció una cesárea, refiere a lo mucho que le costó el vínculo con su hija a la cual se llevaron por varias horas sin haberla visto, le dieron complemento, impidiendo que el primer alimento lo recibiera de su madre e impidiendo ese primer contacto "piel a piel".

Otro de los elementos que las mujeres traen, es respecto a la postura que (no) pueden adoptar. Rescatan la libertad en los movimientos, la posibilidad de utilizar objetos para estar cómodas, sentir alivio, poder caminar, en fin, contar con las condiciones necesarias para que el trabajo de parto y parto se desate de la forma más cómoda y porque no, placentera posible.

Comparten también lo que representa parir en un hospital, en una sala de parto, entendiendo a los mismos como lugares ajenos a ellas. Los hospitales previo al siglo XVIII, fueron lugares destinados a personas pobres consideradas a su vez personas "enfermas" (la primer característica derivaba en la segunda) para no contagiar a quienes estaban "sanos". Luego de este siglo se pasa a concebir al hospital como instrumento destinado a curar enfermos (Foucault; 1990) Una de las preguntas que surge es ¿Por qué las mujeres deben parir en lugares destinados a la enfermedad? Los aportes de las/os distintas/os autoras/as las/os cuales desarrollan la imagen del cuerpo de la mujer como un cuerpo enfermo en el transcurso de etapas como embarazos, partos, y también menstruación, menopausia, climaterio, por tanto etapas que requieren control y regulación desde la medicina, ayuda a esclarecer porque las mujeres deben transitar estos sucesos en lugares tan ajenos, en vez de transitarlos en lugares que les sean propios y que tengan que ver con la vida de ese nuevo ser.

Es importante destacar, las valoraciones y sentires que expresan las mujeres al respecto de sus vínculos con el personal a cargo de sus embarazos y partos. Las entrevistadas manifiestan haber entablado en el transcurso de estos sucesos, un vínculo basado en el respeto, tanto de sus decisiones, como el respeto de sus tiempos. Resaltan la confianza que sentían y que les generaban las parteras y doulas, así como la contención y seguridad, la importancia también de la información que las mismas les proporcionaban al respecto de estos sucesos. Algunas hablan del acompañamiento y de la importancia de la presencia cuerpo a cuerpo, la necesidad que las cuidaran, conservando la privacidad de esos momentos.

4. 3 Medicar para apurar...

En los testimonios de las restantes entrevistadas se vislumbra una mayor naturalización de las intervenciones realizadas sobre sus cuerpos, lo cual responde a la legitimidad que ha alcanzado el binomio saber -poder médico en nuestras sociedades hoy, legitimidad que muchas veces inhabilita el cuestionamiento de las prácticas médicas. Producto de la colonización del saber médico en distintas etapas de la vida y del endiosamiento de la medicina (Barrán; 1993), las personas demandan la actuación de la misma en circunstancias donde antes no intervenía. (Illich; 1975)

"tanto fue la preparación que nunca hice ningún trabajo de parto y me tuvieron que terminar haciendo cesárea porque el último día de la semana 41 bueno yo no dilaté, no rompí, no pasó nada, no tuve ningún síntoma de nada y me tuvieron que hacer la cesárea (...) Tenía fecha que era cuando se cumplía el último día de la semana 41. Y ta en realidad no, en mi cuerpo no sucedió nada que diera ningún indicio que iba a empezar el trabajo de parto...La doula insistía en que hasta la semana 42 se puede esperar, el ginecólogo al que yo iba decía "mira, yo trabajo hasta la 41, no arriesgo, no no..." Y ta es un tipo viejo que tiene mil años de trabajo. Me dijo "Yo siempre trabajé hasta la 41 y más de la 41 no voy" Me dijo que si yo quería parto él si me podía poner el suero ese, oxitocina, me dijo "yo no tengo ningún inconveniente". El tema es que yo no tenía ningún condición física para que realmente el parto se pudiera desatar..." (Paula)

Paula había planificado su trabajo de parto en su casa y asistir al momento del parto a una institución privada. Finalmente, no realizó el trabajo de parto porque el ginecólogo le programo la cesárea. Al comienzo de su relato manifiesta que le habían programado la cesárea porque ella, su cuerpo, no tenía las "condiciones" para parir "no dilaté, no rompí, no pasó nada". Cuando se indaga acerca de esto, aparecen otros elementos explícitos que dan cuenta del por qué de la cesárea. El motivo no era que en su cuerpo "no pasaba nada" o que no contaba con las "condiciones físicas" para parir, la cesárea fue programada porque su ginecólogo no trabajaba más de la semana 41 o no "arriesgaba" como manifiesta él mismo.

La programación de la cesárea responde a lo que distintos/as autores/as entienden y definen como la patologización del cuerpo de las mujeres. El considerar el cuerpo de la mujer como un cuerpo defectuoso, justifica la utilización de distintas tecnologías e intervenciones las cuales aseguran la "efectividad" de estos procesos. La programación de esta intervención responde a la necesidad de controlar los procesos reproductivos.

Paula durante su relato manifiesta una postura crítica acerca de los procesos de medicalización e incluso hace mención respecto del lucro que implican estos procesos, por otro lado confía en la experiencia y conocimiento médico, "es un tipo viejo que tiene mil años de trabajo". (Paula)

El “conocimiento autorizado” al que refiere Sadler tomando el concepto de la antropóloga Brigitte Jordan, tiene que ver con un conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar determinados fenómenos. Este conocimiento autorizado que se impone en Occidente; *“Patologiza las etapas del ciclo vital concibiendo a la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades a ser tratadas y controladas (...) Estas prácticas, enfatizan los aspectos fisiológicos sobre los psico sociales y tienen a medicalizar procesos biológicos normales.* (Sadler; 2003: 25)

El saber y el poder que el primero le confiere al segundo, justifica prácticas e intervenciones sobre los cuerpos no necesariamente necesarias. El concepto de riesgo, explícito en el relato del médico el cual utiliza para justificar la cesárea, es un elemento interesante analizar. Mitjavila entiende dicho concepto como dispositivo el cual interviene en la redefinición de las fronteras del saber médico a través de los procesos de medicalización y colonización médica de nuevos ámbitos. Este concepto, encubre la medicalización de los cuerpos y la colonización de nuevos dominios y el supuesto implícito de que el saber médico es el responsable por lo que acontece en los cuerpos, y la necesidad de que el mismo intervenga en ellos.

El ginecólogo no arriesgaba a dejar transitar el momento del parto, a que este se desencadenara naturalmente, pautado por los tiempos de la mujer. Necesariamente en la semana 41 él debía intervenir para que el nacimiento se sucediera con la más baja probabilidad de riesgo, bajo el supuesto claro que la tecnología y las intervenciones logran mejores resultados que las mujeres. Bajo este supuesto de superioridad técnica, imposibilita en este caso a Paula a que pueda transitar por el parto, porque en su cuerpo no había “pasado nada”. Los tiempos y necesidades que pautan el nacimiento de su hijo son los impuestos por el médico, quien no “arriesgaba” a dejar que la usuaria transitara este momento según su propio proceso.

La lógica del riesgo, actúa justificando la intervención médica en base a probabilidad y no de la certeza de que ocurra un daño a la salud. (Mitjavila; 1998)

En la sociedad de riesgo no son soportados resultados negativos. La atención al parto basado en este enfoque trata de adelantarse a cualquier complicación realizando intervenciones preventivas, generando muchas veces “intervencionismo obstétrico”, donde una intervención es la cadena de muchas otras intervenciones (como plantea una de las entrevistadas). Transformando un parto que podría ser llevado a cabo por los tiempos y procesos de las mujeres en un parto intervenido, protagonizado por el personal de salud. (Magnone; 2010)

Bajo este supuesto de riesgo y la conceptualización del cuerpo de la mujer embarazada como cuerpo patológico, se actúa e interviene sobre los cuerpos bajo el entendido que la ciencia asegura resultados que los cuerpos femeninos no.

Es interesante pensar sobre quien cae la responsabilidad ante cualquier suceso. En las instituciones de salud, la responsabilidad es del equipo de salud, ya que es este quien debe encargarse y asegurar la "calidad del producto". El protagonismo que tiene el personal de salud hace de alguna manera al hecho que la responsabilidad sea de este, no de la usuaria, ya que no es ésta quien decide acerca de su proceso reproductivo. Compartimos la afirmación de Magnone *"Cuando el médico/a es la autoridad, el paciente carece de responsabilidad"* (2010). La responsabilidad no es de la usuaria ya que quien se ocupa por entero de este proceso y quien toma las decisiones es el personal de salud, siendo las decisiones y también los resultados, responsabilidades del personal médico.

Esta decisión del ginecólogo imposibilita y restringe las opciones de la usuaria, ya que le transmite que existe un "riesgo" si en la semana 41 él no interviene. Su capacidad y posibilidad de elegir y tomar la decisión acerca de cómo transitar el nacimiento de su hijo, pasa en definitiva por el ginecólogo, quien toma la decisión. La usuaria tiene un papel secundario, pasivo en este acontecimiento. Finalmente, ante la posibilidad de "riesgo" autoriza dicha intervención, a partir del entendido que la ciencia y tecnología actúan de forma más eficaz y eficiente que su propio cuerpo.

Además de denotar la medicalización de los cuerpos, es una situación de violencia y de naturalización de la misma. No se pone en cuestión que el ginecólogo inhabilite a la usuaria a tomar la decisión acerca del nacimiento de su hijo, de forma libre y responsable. Plantea la necesidad de la cesárea como la única opción y menos riesgosa ya que el no deseaba esperar más tiempo ni arriesgarse.

"en cierto momento que no dilataba más de cuatro y me había quedado muy parada y claro ahí me pusieron el suero para acelerar las contracciones. Claro yo no quería que fuera ya tan rápido quería que esperen un poco más viste y no ellas ya me lo pusieron así...me retenía un poco porque en sí ya me habían hablado que ya me iban a venir las contracciones fuertes ya tenía un poco de miedo también y les decía "ay no esperen un poquito" "no, no madre" yo sentí apuro en sí como que te apuraban un poco en ese sentido. Y ta después venían como yo no dilataba seguían poniendo poniendo y poniendo cada vez más y ta yo no quería y ellas lo seguían haciendo pero ta capaz que era parte de su trabajo pero yo que sé yo no quería que fuera así..."
(Sabrina)

En el relato de Sabrina, se puede vislumbrar como se medica su cuerpo para controlar su trabajo de parto y parto bajo el supuesto que la tecnología asegura "resultados". No es

respetado su deseo al respecto de la forma en que nacería su hija. Explicita su deseo que el parto no se sucediera de esa manera “tan rápido” pero no es escuchada, mucho menos tenida en cuenta. Se vislumbra cierta culpabilización por parte de la usuaria por haberse quedado “muy parada”, como si su cuerpo fuera el que falla.

Además de la medicalización del cuerpo, es una situación de violencia en la cual se impone desde el personal médico una serie de intervenciones contra la voluntad de la usuaria.

El endiosamiento de la medicina y la necesidad y pretensión de control sobre los cuerpos (Magnone; 2010), legitima y autoriza la intervención sobre los mismos. Esta intervención no es visualizada como una invasión hacia y en su cuerpo, ni como un desconocimiento de su deseo al respecto de cómo iba a nacer su hija.

El discurso médico, portador de un tipo de verdad sobre el cuerpo (Foucault; 1990) y de un conocimiento autorizado (Sadler; 2003), legítimo, no admite ni reconoce ningún tipo de cuestionamiento. Cuando existen situaciones en las cuales las usuarias solicitan o exigen otro tipo de trato o se oponen a ciertas intervenciones, aquellos que detentan este saber y consiguiente poder no sienten la necesidad de explicar con fundamentos técnico científicos el porqué de las intervenciones. En este caso no existe tal fundamento, sino la necesidad explícita de tener que “apurar”.

Además de la medicación administrada para apurar el parto puede darse cuenta del lugar que ocupa la usuaria o “madre” como la llamaban las enfermeras. Parece que ingresa en la institución y deja de ser una persona con una identidad y nombre propio. Su deseo es ignorado y relegado por las exigencias del personal médico y necesidades institucionales.

Como relata más adelante;

“me dijo (ginecólogo): “Mira te voy a romper la bolsa porque madre tenemos que apurar esto que no puede...”

La explicación del rompimiento de la bolsa, era el “*tener que apurar esto*”. A través del lenguaje que utiliza el médico se puede vislumbrar el significado que tiene el nacimiento para el personal de salud en general, ya que también las enfermeras trataban mediante otras intervenciones (administración de oxitocina, presionar la barriga al momento del parto) acelerar el parto. “Esto” a lo que se refería el médico, era nada más ni nada menos que el nacimiento de un ser que llegaba al mundo exterior. Pareciera que él debía de asegurar este suceso, lo más rápido posible. Las preguntas que surgen son por qué el ginecólogo debía de estar interviniendo para “apurar” en ese momento, y cuál era la necesidad real de apurar el nacimiento ya que no era ni un deseo, ni una necesidad de la mujer.

Sus necesidades y deseos acerca de cómo iba a transcurrir ese suceso dejan de tener importancia ante la necesidad de asegurar de forma rápida el nacimiento. Importa es que ese ser nazca lo antes posible, sin demoras y que se asegure ese nacimiento, bajo el supuesto que la ciencia asegura ese acontecimiento sin errores ni perjuicios.

En aras de asegurar el (supuesto) bienestar del “producto” las mujeres pasan a ser relegadas, sin importar cuánto ellas expliciten sus deseos al respecto de este suceso.

El ginecólogo procede al rompimiento de membranas, decisión tomada sin el consentimiento de la mujer. El equipo de salud toma la decisión y tiene la potestad de decidir acerca de este proceso, de intervenir sobre el cuerpo según sus creencias y necesidades.

En su investigación de maestría titulada “Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización” Magnone analiza a partir de los discursos de las parteras principalmente, el hecho que los médicos no están formados para esperar los tiempos del cuerpo, tanto a nivel público como privado. (Magnone; 2010)

“si ven que rompiste bolsa y no pujas y no sale, te anestesian para calmarte el dolor y vos puedas hacer más fuerza...para que no sientas. Yo les decía, "nace hoy" les decía, yo ya tuve un hijo, "pero ni siquiera rompiste bolsa" me decían..."Yo no rompo bolsa, a mi me la rompen la bolsa para que nazca, yo tengo diez de dilatación y no rompo bolsa” (Kathy)

“Primero me rompió membranas una ginecóloga y después tuve con otro el parto. Pero bien de bien las dos (...) Fue todo genial. Todavía la recuerdo a la gordita era simpática” (Mayra).

A partir de los relatos se puede dar cuenta de la medicalización de los procesos reproductivos y la naturalización de las prácticas e intervenciones realizadas sobre los cuerpos. En este caso es el personal médico el que determina el tránsito de esta experiencia.

La medicina occidental tiene como objetivo “*curar y calmar el dolor*” (Magnone; 2010) Este objetivo justifica la administración de la anestesia y el hecho que sea el personal médico quien decide que es doloroso, habilitando o imposibilitando este sentir.

Kathy casualmente cuando comienza el trabajo de parto, asiste a la institución en donde le niegan la asistencia médica. (Hecho que será analizado más adelante). Al parecer no estaban dadas las mejores condiciones para que se desatara el parto de su hijo. Además de negarle la asistencia médica en un comienzo, debió volver a su casa, ir a cobrar una prestación social para poder pagar (nuevamente) el importe del transporte, ya que no contaba con el

dinero. Las condiciones objetivas y subjetivas, no eran las más óptimas para que ella pudiera sentirse cómoda, tranquila, segura y confiada al respecto del parto. También, es interesante lo que expresa al respecto de la anestesia para “calmar el dolor” y “no sentir”. Parece que esta práctica es ejercida por el personal médico independiente del deseo de las usuarias. ¿Porque impedirle a las mujeres el sentir?

Mayra tampoco cuestiona la práctica realizada, (rompimiento de membranas) ni la percibe como innecesaria o perjudicial para su salud.

La aceptación y naturalización de esas prácticas responde a la legitimidad que tiene el saber médico hegemónico hoy. Como entiende Barrán, esta hegemonía del saber médico si bien responde a necesidades del orden capitalista, responde también a necesidades de la población, la cual demanda el accionar del médico y la administración de medicamentos y el uso de las nuevas tecnologías para controlar los procesos de salud-enfermedad.

“Me atendieron siempre bien y siempre mandándome controles, y buscando siempre... siempre estaban atentos, en ese sentido no me quejo. Muy responsables también luego de lo que pasó no... muy buena la atención muy atentos, siempre te derivan a otro médico y análisis y no te dejan estar....no, impecable.(...)Hasta al psicólogo me mandaron me obligaron a ir en el clínicas. No tengo...todo muy bueno.(...) Cuando pasó lo de la cesárea que me habían dejado una supuesta gasa adentro, me volvieron abrir y siempre me hicieron lo mejor que pudieron dentro de bueno yo tenía anestesia y trataron de verificar si estaba la gasa...Como no verificaron me mandaron tomografía(...)en el conteo de los materiales faltaba una gasa, primero se cercioraron si no estaba por debajo de la camilla y luego me abrieron, automáticamente me abrieron de vuelta, buscaron todo no... y la gasa no aparecía. Y para que el médico se quedará tranquilo también no...Estuve medicada por los dolores porque es más doloroso que una cesárea común porque me sacaron todos los órganos para fuera buscando....me metieron manos en la cavidades y todo, buscando la gasa, pero siempre estuvieron atentos .Actuaron responsable no porque la duda se la tenían que sacar porque yo podía generar una infección” (Adriana).

En este fragmento del relato de Adriana, pueden vislumbrarse la valoración positiva que hace al respecto de las derivaciones a especialistas y estudios médicos.

Esta valoración responde a la potestad que tiene el saber médico, en este caso de obligar a una usuaria a realizar un tratamiento o consulta psicológica. Paradójicamente, el mayor daño ocasionado fue el generado por una mala praxis del personal médico, el cual a su vez impone la “solución”

Debieron de intervenirla luego de la cesárea porque le dejaron una supuesta gasa dentro de su cuerpo. Adriana menciona la necesidad de que el médico se quedara “tranquilo” y pudiera cerciorarse de no haberle dejado la gasa dentro. Entiende que los médicos estuvieron siempre atentos y fueron responsables. Manifiesta que “no te dejan estar” por lo

cual mandan y hasta obligan a las mujeres a verse con distintos especialistas, realizarse una cantidad de estudios y análisis. En el caso de Adriana esto resulta paradójico ya que su mayor "inconveniente" de salud fue una irresponsabilidad médica. El saber médico ha adquirido tal grado de legitimidad y autoridad que cualquier práctica es justificable, por más perjudicial que sea. Pese al inconveniente de salud ocasionado, la usuaria resalta el papel del médico, su responsabilidad y el hecho de que siempre estuvieron "atentos".

4.4 Violencia Obstétrica

"Empecé a las seis de la mañana con contracciones y viste que si ya sos madre, si sos primeriza no sabes, pero si sos segunda madre ya sabes cuando va a nacer, y yo ya sabía, ta, nace hoy, punto. Fue el 2 de setiembre a las siete de la mañana, llamamos al patrullero nos llevaron al dispensario del cerro y como no tenía síntoma de dilatación me mandaron para atrás, yo no tenía un peso, en ómnibus con contracciones para mi casa me mandaron. Y yo me tome un ómnibus y me fui al Pereira Rossell, y en el Pereira Rosell me dicen "Tenes medio de dilatación", todavía falta, esto puede ser para hoy de tarde o para mañana", y me mandaron para mi casa de vuelta (...) Cuando llegue nació a los 10 minutos. No nació en el taxi por esas cosas. Y cuando me paró el taxi en la puerta de emergencia de maternidad sale la mujer que me echo pa atrás, que no era la jefa de maternidad era una enfermera y cuando me vió me dijo "yo sabía que a esta chica había que darle sala no había que mandarla para atrás" dijo, una sabía pero como no era la jefa, no era la que mandaba, la que mandaba me mando para atrás. Como que tienen... los que saben no tienen el poder, no tienen... Entonces no pueden mandar.

Faltaba tiempo y no querían ocupar una sala conmigo

¿Te lo dijeron?

Me lo dijeron

Me negaron la atención por ignorancia, por no escuchar al paciente, porque si vos escuchas al paciente y el paciente te dice "es lo mismo que mi primer hijo, y no soy primeriza, nace hoy..." Mira no te miento eran las doce del mediodía y me mandaron del Pereira Rossell en ómnibus para atrás... ¿Sabes a qué hora nació mi hijo? A las tres de la tarde y yo a las doce estaba en un ómnibus (...)" (Kathy)

En el relato de Kathy se pueden visualizar distintas manifestaciones de la violencia que se ejerce desde los servicios de salud hacia las mujeres. La omisión de la asistencia es una clara situación de violencia. En este caso, producto de una necesidad institucional de no ocupar un lugar en una sala con una mujer que no sabían cuando iba a parir (el personal de salud, porque ella si sabía) y del no reconocimiento de la palabra y del saber de la usuaria. Además de la omisión de la asistencia y el desconocimiento de su voz, la usuaria se encontraba en una situación de desventaja en comparación con las usuarias del sistema privado de salud. No contaba con dinero para trasladarse al hospital. Una vez que "la mandaron para atrás" tuvo que ir a cobrar una prestación social para poder pagarse una taxi para volver a al hospital en el cual le habían negado la asistencia. No contaba con el dinero

para trasladarse a la institución circunstancia que no es contemplada ni tenida en cuenta a la hora de “mandar” a la usuaria “para atrás”

Distintas autoras hablan de la pérdida del valor y del reconocimiento de la sabiduría que tiene cada mujer al respecto a su cuerpo, lo cual ha sido producto de la hegemonía del saber médico occidental. El personal médico, pasa a ser el único saber autorizado para diagnosticar, decidir e intervenir (o dejar de intervenir en este caso) en los cuerpos de las mujeres, siendo su voz la única autorizada para esto.

El saber médico y consecuente poder que el mismo porta, es el cual define y determina que hacer y que no. La voz de la usuaria no es escuchada ya que su saber al respecto de su cuerpo no es tenido en cuenta, mucho menos valorado como un saber.

Desde el momento en que ingresa a la institución, o desde el momento en el que intenta ingresar hasta que sale, transcurre por situaciones de violencia institucional. Además de negarle la atención, ve negado su pedido al respecto de la ligadura tubaria, y su deseo de salir de la institución luego de días del nacimiento de su hijo.

¿Sentiste en algún momento, durante tu embarazo o durante el trabajo de parto o parto algún tipo de resistencia por parte del personal con respecto a tus deseos o necesidades?

No, no...solamente que quería ligarme las trompas y me lo negaron.

¿Porque te lo negaron?

Me lo negaron porque me dijeron que después que tuviera a mi hijo tenía que hacer todo un trámite que demoraba como tres meses, tenía que pasar por psicólogo y no se cuanta cosa más, todo como un análisis previo a la ligadura de trompas para ver si estas apta vos o es simplemente una idea que se te ocurrió y vos querías hacerlo y que después te podes arrepentir...” (Kathy)

Además de la omisión de la asistencia por no creer en su palabra como lo explicita, le es negada la ligadura tubaria. Aparentemente con ningún fundamento “científico”, sino por una valoración del ginecólogo, quien deduce que por ser joven podría existir en ella en un futuro el deseo de tener más hijos/as. Algunas de las preguntas que surgen son las siguientes. ¿Es intrínseco el deseo de maternidad en las mujeres? ¿Necesariamente en este caso, esta mujer desearía en un futuro tener más hijos/as? En este supuesto caso, ¿es el médico quien determina la realización o no de esta práctica?

Su voz, su deseo manifiesto de querer realizarse dicha intervención le es negado, debido a que el ginecólogo considera que ese no es el momento de su vida en el cual debe realizarse la misma. La negación de la ligadura tubaria de Kathy, es parte del poder jerárquico y patriarcal ejercido desde el saber médico hacia las mujeres las cuales no estarían capacitadas para tomar sus propias decisiones. Gorski caracteriza al modelo médico hegemónico a partir

del "principio de autoridad" el cual se impone desde la razón institucional y profesional prescindiendo de la opinión de la usuaria. Define al poder médico como parte del poder patriarcal y a la relación "médico-paciente" como desigual y autoritaria, principalmente en servicios de salud gratuitos donde se atiende la población de de bajos recursos económicos. (Gorski; 1999).

Marcelo Alegre en "*Objeción de conciencia un debate sobre la libertad y los derechos*" realiza una comparación entre la situación que transitan las mujeres que deciden practicarse un aborto y aquellas que optan por la ligadura tubaria. En ambas circunstancias se trata de mujeres decidiendo según sus propias conciencias. La pregunta que surge entonces es ¿Porque debemos de permitir que otras conciencias decidan por nosotros/as? Si bien este no es un caso de objeción de conciencia, es una situación en la que como explicita Alegre, se pone en juego la autonomía y la libertad de las mujeres (Alegre; 2014). Se pone en cuestión el ideal democrático de que cada cual es arquitecto de su propia vida, con derecho a elegir sobre la misma y a tomar decisiones libre de coerciones e interferencias. La idea de autonomía refiere a que este tipo de respuestas no pueden ser impuestas desde el afuera, sino que se debe poder respetar que cada persona busque las respuestas y tome sus decisiones. Este daño que se ocasiona y que imposibilita a las mujeres a tomar sus opciones, coaccionándolas en su libertad, afecta en mayor medida aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad económica y social, quienes cuentan con menos posibilidades (cambiarse de centro de salud por ejemplo).

Al decir de Barran, el saber que comenzó a portar el médico a partir del novecientos, le permitió violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas y dirigir las conciencias. (Barran; 1992) En este caso el saber y poder médico le confiere al médico la potestad de decidir al respecto de esta práctica, siendo finalmente quien toma esta decisión.

Rostagnol y Viera introducen el concepto de "sujetos morales" para analizar la interacción entre el personal de salud y usuarias, observando la falta de reconocimiento de los seres humanos como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones. En el entendido que en nuestra sociedad existe una ausencia o una precariedad de poder de las mujeres a tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos, sexualidad y reproducción, en algunas circunstancias sectores que tienen poder, se toman para si la libertad de decidir a quienes considerar titulares de derechos, bajo el supuesto de carencias de las personas como pueden ser discapacidades, falta de conocimiento y también recursos económicos. (Rostagnol y Viera; 2005)

Ella misma hace explícito el sistema de poder que opera en el centro hospitalario "*una sabía pero como no era la jefa, no era la que mandaba, la que mandaba me mando para atrás. Como que tienen...los que saben no tienen el poder*". Esa relación de poder a la que hace referencia Kathy, se

hace extensible al lugar que ella ocupa en esa escala de jerarquías. Al parecer, la jefa de maternidad estaba por “encima” dentro de esta escala de la enfermera, o de quien “sabía” como dice Kathy, y a su vez la enfermera, estaba por encima de ella, quien ocupa el último lugar. Paradójicamente Kathy también era “quien sabía”, detentaba el conocimiento sobre su cuerpo y proceso reproductivo.

“A la cuarta vez me agarró la anestesia. Porque era un practicante el anestesista y tres veces no pinchó bien y a la cuarta sí. Me dijeron que me quedará tranquila, que ya que ya iba agarrar la anestesia, a la tercera vez no aguanté porque el dolor...Entre contracciones y la sonda que te ponen, porque yo estaba con contracciones y ya la sonda que te ponen...y la barriga no...en una posición incómoda porque estas con las piernas para abajo arriba de una camilla, y el pinchándote...No estuvo bueno, la experiencia en sí no estuvo buena. Le dije “Ta por favor, hágalo usted que es el profesor porque yo ya no aguanto” y dice “No, no, el también sabe” “Yo no digo que no sepa pero ta me va pinchando tres veces y no aguanto” (Adriana)

Pese al pedido manifiesto de Adriana de que otra persona le administrara la anestesia, el médico se niega y justifica el accionar del practicante diciéndole a la usuaria que él también “sabía”. Su necesidad pasa a ser relegada y no importa el dolor que sentía, ni la mala administración de la anestesia por parte del practicante ya que al parecer este también *sabía*.

La necesidad que el practicante realizara esa intervención, justifica el daño ocasionado a las usuarias, sin importar que tan perjudiciales y dolorosas sean. Como todos los presentes eran portadores de ese “saber”, podían intervenir cuantas veces fuera necesario, independientemente de la calidad de las intervenciones y de las necesidades de las mujeres. Las usuarias pasan a ser “*pacientes*”, como entiende Castro (2010) .mujeres “*recipiendarias*” de un saber que porta legitimidad por su carácter de ciencia. Al parecer el ser portador de un saber científico justifica cualquier accionar y práctica médica.

Manifiesta que se encontraba en una posición incómoda. Algunas de las preguntas que surgen son; ¿Porque debía estar en esa posición? ¿Por qué el médico no pudo hacerse cargo de esta práctica cuando el practicante no pudo realizarla, perjudicando la salud de la usuaria?

No atender de forma oportuna y eficaz las emergencias obstétricas y obligar a las mujeres a parir en posición supina, constituyen actos de violencia obstétrica. (Magnone; 2010) Ni el dolor de la usuaria ni su derecho de privacidad e intimidad fueron suficientes para que el practicante cesara con su intervención. La mujer pasa a ser objeto de una práctica médica y el aprendizaje y conocimiento que el practicante debe de adquirir en un hospital público es más importante que preservar el derecho a la salud, a la privacidad e intimidad.

4.5 ¿Rezongar y castigar?

"Entonces nos dijeron "¿pero ustedes no sabían que estaban pasados de la fecha? (...) Nada horrible entendes quería que me subiera a una camilla súper alta "Vo me puedes ayudar a bajar? Estaba en trabajo de parto y el tipo preguntándome, rezongándome, viste cuando decís te preguntan esas cosas estaba sola (...) Una enfermera que me decía "No grites, ¿no te enseñaron a respirar?" la enfermera que me gritaba, me pusieron en la camilla con las luces y la sonda, que te atan que te pasan, que nadie te dice que te va hacer. Estaban hablando de la fiesta que iban hacer en la noche y el alcohol que iban a comprar "(Andrea)

En el relato de Andrea aparecen varias manifestaciones de lo que es conceptualizado como violencia obstétrica. En un primer momento, parecen culparla por haber llegado "pasados" de fecha. Andrea había planificado parir en su casa, luego de un largo trabajo de parto decidió asistir a la institución médica. Al llegar cuenta como la maltratan, empezando por la recepción de la institución. Asiste a la institución una vez que agota todas las posibilidades de realizar el parto en domicilio. Es cuestionada y rezongada por parte del personal por estar "pasada" de fecha, se encontraba sola porque no le permitieron ingresar con su pareja ni con ninguna de las parteras que estaba acompañando en ese momento.

También la rezongan por gritar y no "saber" respirar.

Desde el momento en el que ingresa a la institución, desde la recepción hasta el día en que egresa es violentada verbalmente por "estar pasada" de fecha, por no "saber" respirar, por gritar. En ningún momento le explican cuales son los procedimientos de la cesárea. Luego que despierta de la anestesia, la dejan sola en un pasillo sin decirle como estaba su hija, le dan complemento a la misma sin consentimiento de la madre quien solicita luego de días de realizada la cesárea salir afuera al patio de la institución, lo cual se lo prohíben, prohibiéndole también irse de la misma. Estos hechos podrían pensarse como parte de los castigos que reciben las mujeres por no seguir las "indicaciones" médicas. La dinámica de los castigos es parte según Castro de un orden medico que revela la existencia de jerarquías, superiores, quienes pueden (y deben) remarcar su condición como tales. (Castro; 2010).

Luego, relata lo que acontece una vez realizada la cesárea.

"Después tuvimos problemas, en el hospital a Diego lo trataron re mal también, nos la mostraron así de lejos y Gaia estiro la cabeza, pero ni nos la mostraron, nada. Después me sacaron al intermedio que era un pasillo, sola "cuando se te vaya la anestesia que muevas los pies te la damos y te vas para sala" y me dejaron sola, veía pasar a la gente y no sabía si Gaia estaba bien. Después "ay es tan linda, ay es preciosa" "bueno la quiero ver, tráemela" cuando me la traen me dicen "Ya comió" o sea le dieron leche porque se ve que lloraba, este o sea ta fue como una pesadilla. Cuando me la dieron estaba toda vestida después entendí lo que era tenerla de piel a piel, a mi me costo la conexión al principio." (Andrea)

Distintas autoras hablan de la importancia de la unión y vínculo precoz entre madre/padre e hijo/a. Siempre y cuando el/la niño/a nazca con buenas condiciones de salud debe ser entregado a su madre para poder iniciar el amamantamiento.

“La precoz iniciación de la relación madre-hijo/a tiene un papel primordial en la creación de un lazo afectivo entre ellos...el padre debe de participar también en la temprana interacción con su hijo, lo que ayuda enormemente a despertar el amor paterno y el afecto sostenido por su hijo/a” (Caldeiro-Barcia apud Magone; 2010).

Si bien Andrea había transitado una cesárea, operación que dificulta el poder estar en seguida con su hija, se la mostraron de lejos y se la llevaron, sin siquiera acercarla ni a ella, ni al padre de la niña. Además de no permitir este primer vínculo, ni madre-hija, ni padre-hija, tampoco permitieron que el primer alimento de la niña fuera suministrado por su madre. Andrea relata que tampoco les informaron como estaba su hija. El acceso a la información, es un derecho que no puede ser desconocido por parte del personal médico. El impedimento de este primer vínculo, no permitir que sean tanto el padre como la madre quienes decidan sobre el primer alimento de la niña, imposibilitar el amamantamiento a la recién nacida y la desinformación desde el personal de salud, configuran situaciones de fuerte violencia.

Victoria, quien decidió parir en su hogar, se realizaba los controles del embarazo con su partera y en salud pública. Cuando acude a una consulta médica y el ginecólogo le pregunta acerca de una vacuna que debía de darse (según él) y que Victoria no consideraba necesaria, ya que podía dársela también luego del nacimiento de su hijo, este le cuestiona su decisión, además de manifestarle que “él no se hacía responsable”. Este espacio de consulta médica, pasa a ser un “espacio de castigo” en el cual la usuaria pasa a ser culpable y responsable por no seguir los consejos médicos. (Rostagnol y Viera; 2005).

No solamente el personal de salud no cuenta al parecer con las herramientas necesarias para poder trabajar con las usuarias, respetando sus deseos, sino que las mismas deben de transitar por estos espacios (ya sea durante las consultas o durante sus partos) en los cuales se las responsabiliza, cuestiona y culpabiliza por no acatar recomendaciones y ordenes médicas.

Un elemento interesante que puede verse en varios de los relatos es la falta de información hacia las usuarias. En ningún momento le explicaron a Andrea, cual era el “ritual” de la cesárea. Le realizaron un montón de prácticas e intervenciones luego de los rezongos (la ataron, le introdujeron la sonda) sin darle ninguna explicación, sin decirle el para qué de todas esas intervenciones. La falta de información hacia las usuarias aparece en varios de los relatos de las mujeres entrevistadas, en distintos ámbitos. En las consultas durante los

embarazos, en trabajos de parto y parto, aparece la ausencia de información en lo que respecta a las prácticas, intervenciones y accionar médico.

“Ese fue el nacimiento entendes y lo sentí como algo muy feo en realidad, entonces me cuesta todavía viste como procesar y darle un nuevo sentido a todo eso porque ese fue el nacimiento así nació Gaia por cesárea en ese momento en que me abrieron y que nadie me avisó.... O no sé qué es lo que yo esperaba también capaz que no me tenían que avisar y con toda la conexión... pero no había conexión” (Andrea)

Con respecto a las cesáreas, esta desinformación parece ser más grave. Tal vez sea el hecho que las mujeres que transitan por cesáreas pasan por procedimientos, rutinas y rituales más invasivos, agresivos y violentos.

Desde la ausencia de información y explicaciones a las principales protagonistas que deberían ser las mujeres, hasta las prácticas que hacen parte del ritual que implican las cesáreas; atarlas, introducirles sonda, dejarlas solas una vez que despiertan de la anestesia, son parte de una lógica y un trato violento.

Además de violar el derecho a la información es violado el derecho a la toma de decisiones (Medina; 2008). La violencia obstétrica psíquica, incluye además del trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, la falta de asesoramiento al respecto de las prácticas obstétricas y también la omisión de la información sobre la evolución del parto y el estado del niño/a recién nacido y el no hacer partícipe de las actuaciones de los profesionales. (Medina apud Magnone; 2010)

No contar con toda la información necesaria, restringe e imposibilita a la mujer en su capacidad de tomar decisiones contando con todos los elementos necesarios. Solamente queda una opción (en el caso de Andrea, la cesárea) sin saber exactamente el porqué, sin explicaciones previas del procedimiento correspondiente, pero si con el rezongo correspondiente.

“En el primer pujo no salió y al tipo...fue medio un rezongo que me encajó “ay pero si soplas no vas a sacarla” y no sé que...Y yo “ta para”...Ta tampoco llegue...Yo soy re cocorita entonces tampoco llegue a ese estado de ay no puedo ni hablar...no no ...”Pero para es la primera vez que pruebo! “. El primer pujo de tu vida y ya te están rezongando que lo hiciste mal (...).la episiotomía la considero totalmente innecesaria porque si nació en el segundo pujo imagínate que ta...O por lo menos que me dijeran, me preguntaran...ta.. Ni me preguntaron, nada” (Pato).

El rezongo aparece nuevamente en el relato de otra de las entrevistadas por no soplar como era debido. El rezongo forma parte de la autoridad y jerarquía que marca el médico tanto en las consultas como durante el trabajo de parto y parto. Él es quien tiene el conocimiento y desconocer este saber es de alguna manera desconocer su palabra y autoridad.

Romero Gorski, entiende al rezongo como una forma de comunicación en la consulta (comunicación de tipo autoritaria) en la cual el médico establece prioridades (Romero Gorski; 1999) que no necesariamente son las de la usuaria.

Tampoco la consultaron acerca de la realización de la episiotomía. Según un estudio realizado sobre la práctica de la episiotomía en mujeres primíparas de América Latina, no hay evidencia científica que justifique la práctica rutinaria de la episiotomía, ni que esta represente un beneficio ni para la madre ni para el/la niño/a. La falta de respeto que implicó el rezongo por no “saber” pujar, (como si fuera algo con lo que una nace o que una debe de saber hacer por estar embarazada) es una de las manifestaciones de la violencia obstétrica verbal. El maltrato verbal, rezongos, insultos y comentarios realizados por parte del personal médico al respecto de las decisiones que toman las mujeres, atentan directamente contra sus derechos, cuestionando e invalidando sus decisiones.

Existe también una violación a su derecho de información. En ningún momento le dicen, ni le consultan acerca de la episiotomía. Al ni siquiera mencionarle la realización de esta práctica le quitan el derecho de decidir sobre la misma, de tomar la decisión. La opción válida es la del personal médico, entonces ¿para que consultarle si no era ella quien decidía?

La razón por la cual se practica la episiotomía es porque se supone previene desgarros. Es practicada a más del 80% de las primíparas en América Latina y constituye un problema de salud por ser una lesión quirúrgica y hemorrágica. (Cardenas apud Magnone; 2010). Dicha práctica se sigue realizando de forma indiscriminada aún sin evidencia empírica que la avale. (Magnone; 2010)

4.6 Culpabilización de los cuerpos

“tuve un evento así con el ginecólogo que me sugirió una cesárea en la mitad del embarazo así como sin fundamentos eh, entonces dije bueno, si me interno como que...me sentí que me iban a obligar a ir a una cesárea sin pasar de repente o sin darme la oportunidad de hacer un trabajo de parto (...)y él me sugirió de que bueno que yo lo pensaré, que le parto era muy doloroso y que yo lo pensaré porque para él habían como otras opciones...Entonces cuando yo le manifesté que yo estaba re decidida a atravesar el parto y tratar de intervenir lo menos posible, salvo que fuera necesario aplicar inducción o alguna de esas cosas él me dijo que yo tenía un bebe muy grande para mi cuerpo y tenía una pelvis muy estrecha” (Noel)

Como manifiesta Noel, si decidía transitar el nacimiento de su hija en la institución no tendría muchas opciones más que la cesárea. Opción presentada por el ginecólogo como la más viable y mejor, aún sin fundamento “técnico”. Casualmente también, era la opción que le permitía a este cobrar por dicha intervención quirúrgica.

El fundamento del ginecólogo para la programación de la cesárea era que el parto es doloroso. Intenta manipular a la usuaria a través del miedo y del supuesto dolor que implica el parto. ¿Es realmente para todas las mujeres doloroso? Y si es doloroso, ¿esto justifica negarle a la mujer la posibilidad de parir, de transitar esta experiencia, sometiéndola a una intervención de este tipo? Noel decide parir en su casa por su deseo de transitar por el parto, el cual le es manifestado al ginecólogo, quien continúa insistiendo en realizarle la cesárea. Desconoce por completo su deseo de parir, bajo el supuesto que el parto es necesariamente doloroso. Esta apreciación del ginecólogo es fundamento suficiente para negarle a la usuaria un parto natural, aún sabiendo los riesgos que tienen las cesáreas y el hecho que las mismas requieran una recuperación más lenta y dolorosa. Cuando Noel continúa con su postura, el ginecólogo le transmite que ella no tenía las condiciones físicas para transitar este suceso. Según él, tener una pelvis “muy estrecha” es impedimento para parir. Cuando la amenaza del dolor no resultó con la usuaria, debió de buscar otra explicación. Al no encontrar una justificación real o técnica, el médico acude a la culpabilización del cuerpo de la mujer, en el entendido de que este no era un cuerpo “apto” para transitar un parto. Puede observarse (nuevamente) la patologización del cuerpo de la mujer embarazada, y la necesidad que siente el médico de controlar el suceso del parto interviniendo de forma innecesaria en el cuerpo de la mujer. Esta situación, da cuenta de la medicalización de los cuerpos y la cantidad de intervenciones innecesarias que se realizan en y sobre los mismos por entenderlos defectuosos. Es una situación de fuerte violencia en la cual se culpa a la mujer por sus características (pelvis muy “estrecha”) de no poder parir, y se le “ofrece” la cesárea como la mejor opción, dadas las características (defectuosas) de su cuerpo. Con dicha “propuesta” le es restringida su posibilidad de optar y elegir libremente sobre su proceso reproductivo.

Más adelante, manifiesta:

“es como que, me saco todo el potencial, o sea lo que tenemos todas las mujeres como la sabiduría interna de poder parir un hijo, como con esa amenaza sentí como que me estaba quitando todas las herramientas (...)yo le comenté que estaba haciendo la preparación con estas parteras, antes de decidirme de tener en casa, el dijo “Nada de parto en domicilio” Fue como desde el vamos...y ahí fue cuando empezó a amenazar digamos con que la beba era muy grande...Entonces eh, si. Con respecto a la parte asistencial, sobre todo el médico no, si me sentí un poco violentada” (Noel)

Esta amenaza y censura por parte del ginecólogo, responde a la desvalorización y prejuicio al respecto de otras formas de conceptualizar la salud, y los procesos reproductivos, distintas a la visión médica hegemónica.

La legitimidad que porta el conocimiento autorizado como es el saber médico, hace ver a otros tipos de prácticas en salud como primitivas y a las personas que las llevan adelante como ignorantes, incultas, desvalorizando su visión, percepción y opinión. (Sadler; 2007)

Aquellas personas que deciden transitar sus partos en sus domicilios y el personal que acompaña dichos procesos, parteras, doulas, profesoras de yoga y otras, entienden, como bien lo definen las mujeres entrevistadas, que los mismos son parte de la naturaleza humana, deben de ser marcados y sucederse a partir de los ritmos y procesos de las mujeres, siendo ellas quienes toman las decisiones, en conjunto con el personal y que las intervenciones a realizar deben ser realmente necesarias.

Paula, vivencia una situación en la cual se vislumbra también como desde el campo médico se culpabiliza su cuerpo. *"El anestesista me dijo "Ah no, te tuve que dar un poquito más porque estabas muy nerviosita" Nunca supe si en realidad era que yo de verdad estaba nerviosita o... tampoco eso nunca me quedo claro porque en estas cosas viste que tampoco te explican tanto".* (Paula)

La naturalización de la violencia obstétrica se vislumbra también en relatos de mujeres que al comienzo de la entrevista describen sus partos como experiencias "lindas" o "buenas" y a lo largo de las mismas relatan situaciones de fuerte violencia.

"Lo que no me gustó mucho que ta que dicen que ya ahora no se puede hacer pero realmente no se, que te aprietan si la parte del esófago así es como para que salga el bebe y muy fuerte una presión horrible, y ahí fue que me asuste un poco y yo digo "que horrible que te hagan esto" todavía que uno se siente... tenes que pujar y todo y las contracciones... fue lo que no me gustó, porque después me quedo doliendo horrible y además que me quedó inflamado esa parte del esternón abajo me quedó el esternón re inflamado que me dolió por pila de tiempo hasta que se me fue" (Sabrina)

Sabrina relata una situación de violencia obstétrica física, en la cual fueron responsables el personal de enfermería y su ginecólogo, quien finalmente luego de todas esas "maniobras" le dice que no puede esperar más tiempo y que por eso le rompe la bolsa. Se observa nuevamente como la necesidad institucional prima sobre la salud y derecho de la usuaria, a la cual se le realiza una práctica dolorosa según su relato, para apurar el nacimiento.

Al finalizar la entrevista manifiesta;

"esta experiencia no fue dentro de todo mala, fue hermoso lo que pase los nueve meses y bueno ta igual quedé con un poco de miedo con el parto, no solo por lo que es el parto en sí sino por el sufrimiento que pasas en ese momento, el malestar las contracciones, todo eso. Pero como ya te dije hace un ratito la atención por suerte fue buena y uno se sintió contenida, no es que yo tenga, hable contigo y te diga es un mal recuerdo, fue lo más lindo que me pasó y además que buena la atención, dentro de todo. Pero no se en el momento de pensar en tener otro hijo..." (Sabrina)



"Yo pedía que me hicieran presión en la planta de los pies porque yo tenía los pies para arriba pero ni siquiera estaban apoyados en nada, estaban en el aire o sea toda la fuerza que vos haces claro te desgarras toda te puede pasar cualquier cosa porque es todo al revés entonces yo les pedía, les decía "pero por favor pónganme..." Y el tipo decía "no porque está el campo estéril (...)" En un momento él empezó deslizar comenarios como "esto le estás haciendo un mal a tu bebé, estas poniendo en riesgo la vida de tu bebé" Y yo dije este señor me va a poner un fórceps porque empezó amenazar viste, y ta yo ante la posibilidad de que el tipo me metiera un fórceps por ella le dije bueno ta córtame. Y fue horrible lo que paso porque después se me abrió la episiotomía, el tipo me coció todo mal yo no te puedo explicar las cosas que me pasaron..." (Ana)

La necesidad de higiene justifica relegar la necesidad de la usuaria. La posición incómoda en la que se encontraba y perjudicial para su salud y para su trabajo de parto y parto no fueron motivos suficientes para que le permitieran apoyar la planta de los pies.

El requerimiento institucional y médico de no ensuciar el campo "estéril", con el cuerpo de la mujer era más importante que se encontrara en una postura cómoda para transitar el momento del parto. Cuando ella manifiesta y explicita su necesidad de apoyar los pies, y su deseo de que no le realizaran episiotomía, él ginecólogo comienza a amenazarla. Parece que cuando su poder es cuestionado, no existen fundamentos técnico científicos con los cuales pudiera justificar su accionar (realizarle episiotomía por ejemplo) y debe recurrir a la amenaza. Ana paradójicamente, era quien le estaba haciendo mal a su bebé por desear un parto lo más natural posible. Otra de las interrogantes que surgen, es acerca de la supuesta suciedad que implica el cuerpo de la mujer.

Ana explicita durante la entrevista, que el hecho de negarse en un primer momento a la realización de la episiotomía fue para el ginecólogo cuestionar su poder, ya que la realización de esta práctica es parte de su trabajo. *"Yo le pedí al médico que no me hiciera episiotomía y bueno, él se lo tomo a mal porque que a un ginecólogo vos le digas...que a un ginecólogo que siempre hace episiotomías vos le digas que no haga episiotomía le estas como sacando el trabajo el tipo no sabe qué hacer en el parto" (Ana)*

Más adelante manifiesta *"el neonatólogo todo mal porque a Malena me la sacaron o sea ahí tienen carteles por todos lados que dice "en este hospital apoyamos el contacto piel a piel en el nacimiento", las pindongas porque te la ponen treinta segundos y te la sacan y te la sacan por una hora". (Ana)*

A diferencia de lo que pasa en nuestro país, constatado por los diferentes relatos, a las mujeres se las separa de sus bebés apenas nacidos los mismos para realizarles un montón de prácticas e intervenciones no siempre justificadas. Como lo plantea una de las entrevistadas: *"También todas las intervenciones que se le hacen al bebé después que nace que es totalmente innecesario como pasarle el tubito para limpiarle el tubo digestivo, pasarle en el ano, en la boca, todo eso es totalmente innecesario. Entonces también exponer a nuestro bebé, o nuestra bebé que no sabíamos en ese momento que es*

lo que era, a eso pudiéndolo evitar en otra forma que no sea en casa no hay y ta, me parece lo mejor” (Victoria).

Otras de las situaciones relatadas por las entrevistadas en las cuales puede vislumbrarse el ejercicio de la autoridad tiene que ver con el miedo que se trata de imponer a las mujeres que deciden transitar sus partos en sus domicilios.

“Pa, tuvimos un ecografista que fue una lucha, no fue una lucha pero fue un momento re tenso, feo que “¿Cómo lo íbamos a tener en casa?” Y nos atacó con el miedo, cosas que en realidad nos decía que nosotros no somos tan ignorantes y sabíamos que no era como nos estaba diciendo pero mal re así.” (Andrea)

“Las enfermeras fueron las más duras vamos a decir, “¿y el bebe está arriba? Ay pero es una locura pero y si te hubiese pasado algo?” Ta yo estaba...estaba todo bien y aparte estaba convencida de lo que había decidido.” (Victoria)

Ambas son cuestionadas por tomar sus propias decisiones. Por carecer de fundamentos “médico científicos” son atacadas a través del miedo. Podemos dar cuenta a través de estas situaciones el ejercicio de poder. Sin ninguna justificación médica, sino desde valoraciones morales y juicios de valor de carácter personales se les manifiesta a las mujeres que es lo correcto y que no, responsabilizándolas ante cualquier circunstancia. Este tipo de violencia generada en los servicios de salud, “Se asientan en un sistema altamente jerarquizado, en un contexto de relaciones de poder médico-paciente caracterizadas por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as” (Magnone; 2010: 93)

Este tipo de violencia psicológica, y violencia moral (Segato; 2003) se produce y reproduce como explícita Magnone en un sistema jerarquizado, con asimetrías de poder. En el último eslabón de esta cadena, se encuentran quienes no detentan el poder, las mujeres. Paradójicamente, son ellas quienes deberían de poder ejercer el *poder* de parir.

Capítulo V. Reflexiones Finales.

El estudio e investigación del tema en cuestión, ha generado más que certezas, cuestionamientos en lo que respecta a las formas de atención a las mujeres y familias que esperan la llegada de un nuevo ser al mundo exterior.

Se observa a través de los relatos cómo desde el ámbito sanitario se reproducen estereotipos de género dominantes, generando muchas veces tutelaje hacia las mujeres, no permitiéndoles tomar sus propias decisiones, rezongándolas o culpabilizándolas si algo “sale mal”, mostrándoles una única opción como la mejor o más válida.

A través de los relatos se constatan situaciones de violencia obstétrica tanto física como psicológica en instituciones públicas de salud como privadas, perpetuadas por ginecólogos- obstetras, así como por enfermeros/as y personal administrativo. Situaciones que implican desde rezongos, responsabilización y culpabilización hacia las usuarias por tomar sus decisiones, omisión de asistencia médica, hasta intervenciones no justificadas o innecesarias como episiotomías y cesáreas.

Se observa también cómo desde el ámbito médico se brindan muchas veces respuestas a las usuarias a partir de apreciaciones personales y juicios de valor.

"Bueno ta si llegas a Lima todo bien porque ahí puede haber médicos pero si te pasa algo durante el camino, porque allá tienen brujos en lugar de médicos..." (Ginecólogo salud privada)

La autoridad del médico, conferida por la legitimidad de su saber y por la dependencia generada por parte de la población (por portar justamente un tipo de saber y poder), hace al hecho de que ciertas definiciones y concepciones particulares de la realidad y juicios de significado adquieran mayor relevancia que otros, y prevalezcan como válidos y verdaderos. (Starr apud Mitjavila; 1998).

Así, el juicio subjetivo y el prejuicio del médico determinan el accionar de la usuaria. Otra de las manifestaciones de la desigualdad de género y reproducción de los estereotipos dominantes se traduce en las actitudes y actuaciones que adopta el personal médico a la hora de la consulta ginecológica.

"Porque claro es como siempre queda medio en la mujer viste, te miran a vos, te preguntan todo a vos y ta Juan ahí bastante pintado, bueno él trataba de meter algo, de contestar alguna cosa pero en realidad era todo básicamente conmigo...Sobre todo en las consultas previas y todas esas cosas. Él médico ya te digo claro bien pero no era abierto a él, bueno esta cosa inclusiva a él no...Y es muy loco porque en realidad estamos todo el tiempo con esto de la paternidad, la paternidad y en realidad los varones están re...Cuando ellos están también como que los pintan los otros, es como raro eso" (Paula)

Durante la consulta, el ginecólogo se dirigía a la usuaria ignorando a su pareja quien era parte de esa nueva familia que estaba por nacer. Al parecer sería Paula la responsable y la única que debería contar con la información necesaria brindada en la consulta. El médico reproduce mediante su actitud roles dominantes de hombres y mujeres en nuestra sociedad. El papel de la mujer, asociado al ámbito privado, doméstico, reproductivo, responsable por el cuidado y crianza de los/as niños/as, y el hombre en el ámbito público, político, parte del mundo productivo.

En las distintas situaciones analizadas puede vislumbrarse la desigualdad de género imperante en nuestra sociedad, denotando el papel que tienen las mujeres. Todas las situaciones vivenciadas, relatadas por las mujeres tienen que ver con las

representaciones que la sociedad y dentro de ésta, el saber médico hegemónico hace y deshace de las mujeres, que define y redefine desde su práctica y discurso.

Rezongos, culpabilizaciones, tutelaje, responden a la potestad que el saber médico se toma para sí acerca de los cuerpos de las mujeres, reproduciendo las desigualdades de género dominantes en nuestra sociedad todavía hoy, configurando situaciones de fuerte violencia.

Se afirma la concepción de la medicina hegemónica como espacio desde el cual se reproducen estereotipos de género dominantes, violentando los cuerpos de las mujeres, desconociendo sus voces, demandas y deseos al respecto de cómo transitar momentos de sus vidas que deberían vivenciar libre de coacciones y coerciones.

Si bien estos sucesos no son percibidos ni sentidos por todas las mujeres por igual, ya que cada una de ellas le otorga un significado único por ser personas con historias de vida, situaciones familiares, emocionales, económicas, con experiencias y vivencias bien distintas, son momentos y sucesos en sus vidas en los cuales se ponen en juego y en cuestión algunas cosas: el papel de la mujer, su rol al respecto de la maternidad, el sentido que tiene el cuerpo de la mujer en nuestras sociedades, el otorgado por parte de un ámbito como es el saber/poder médico hegemónico y el que le dan las propias mujeres a sus cuerpos, sus percepciones acerca de los mismos, los cuales están muy vinculadas a los que la sociedad les otorga, determinado por su condición socio económica, educativa y cultural.

Se entiende que es en sus cuerpos sobre los cuales se interviene o se deja de intervenir. No sólo intervenciones médico quirúrgicas sino intervenciones que van desde el lenguaje y no únicamente el hablado, el lenguaje corporal, "recomendaciones" médicas las cuales muchas veces carecen de fundamentos "científicos".

La percepción que existe en nuestra sociedad sobre los cuerpos de las mujeres, se inscribe en los mismos regulándolos y normalizándolos desde distintas instituciones. En el transcurso de estos sucesos, el saber/poder médico es el encargado de materializar estas percepciones a través de su discurso y práctica. Como lo señalan distintas autoras, se pudo dar cuenta y vislumbrar la percepción existente acerca de los cuerpos de las mujeres al transitar estos sucesos, conceptualizados, tratados e intervenidos bajo el supuesto de ser cuerpos que necesitan de la intervención médica científica y tecnológica para funcionar.

El saber médico se posiciona así en distintas instancias que comparte con las mujeres, ya sea durante las consultas en el embarazo así como en el trabajo de parto y parto, como un sistema de saber y poder que tiene la legitimidad de decidir, imponiendo su palabra y autoridad, sobre los cuerpos. Un claro ejemplo de esto, es cuando a una de las entrevistadas la mandan a vacunarse durante el embarazo y frente a la decisión de la mujer de no hacerlo, el

médico se enoja, hablándole de la responsabilidad que ella tenía si algo "llegara" a pasar. Algunas de las preguntas que surgen son: ¿Por qué necesariamente debía pasar algo? O ¿cuál era la necesidad de responsabilizar de ante mano a la mujer? Y si algo sucedía por una decisión tomada por la mujer ¿esto la impide o inhabilita a tomar decisiones sobre su cuerpo? ¿Por qué el saber médico se posiciona desde este lugar, pretendiendo tener la potestad de decisión sobre los cuerpos de las mujeres?

La violencia en el ámbito de la salud no se da en una clase o estrato social determinado ya que la misma es parte de la violencia de género de la sociedad toda. Las situaciones de violencia en el ámbito de la salud, se dan tanto en los servicios públicos como en los servicios privados y se manifiesta de diversas formas. Desde la imposición de las posturas al parir, pasando por *rezongos*, enojos, malos tratos y amenazas, hasta el exceso de intervenciones en y sobre los cuerpos de las mujeres.

Podría entenderse que este tipo de violencia es independiente de los niveles socio económicos y también educativos de la población entrevistada, pero que estos últimos influyen en las percepciones y sentires de las mujeres y condicionan sus posibilidades de elección.

Las mujeres que decidieron transitar sus partos en domicilio fueron las más críticas al respecto de la medicalización de los procesos reproductivos y al respecto de la atención brindada en los hospitales, entendiendo a estos últimos como lugares ajenos y por tanto no adecuados para recibir la llegada de nuevos seres. Manifestaron sus deseos y derechos de ser ellas las protagonistas, partícipes y principales decisoras en estos momentos de sus vidas, íntimos y personales y de querer y poder compartirlos con quienes ellas desean.

Entendemos que el embarazo y el parto deberían ser momentos en la vida de las mujeres que las mismas deberían vivir en su máxima plenitud, pudiéndose sentir, expresar y manifestar sin condicionantes de ningún tipo. A partir de las vivencias relatadas y compartidas por las mujeres vale preguntarse porque estos sucesos son encerrados de alguna manera, en lógicas institucionales que no necesariamente funcionan al servicio de la población usuaria, descuidando a las mujeres y a estos nuevos seres. ¿Cómo nos conformamos como sociedad y como personas, si violentamos desde el nacimiento estas nuevas vidas?

Bibliografía

- Abracinskas, López Gómez: (2004). *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo.
- Abracinskas, López Gómez. (2007). Observatorio Nacional En Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2007. Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo.
- Abracinskas Lilián (2005) Uruguay y Políticas en salud sexual y reproductiva.
- Barrán, José Pedro. (1993) “*Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*” Montevideo. Ediciones Banda Oriental.
- Barrán, José Pedro. (1995) “*Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos.*” La Invención del cuerpo. Montevideo. Ediciones Banda Oriental.
- Blázquez Rodríguez. (2005) “*Aproximación a la antropología de la Reproducción*”. Madrid. Publicado en Revista de Antropología Iberoamericana, N° 42.
- Bourdieu, Pierre. (2000) “*La Dominación Masculina*” Barcelona. Editorial Anagrama.
- Castro, Roberto; López Gómez, Alejandra.(2010) “ *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de las salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.*” Cátedra Libre en salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Montevideo.

- Davis Floyd, Robbie (1993) *"El Modelo Tecnocrático del Parto"*. Publicado en *Feminist Theory in The Study of Folklore*.
- Ehrenreich Bárbaro y English Deirdre (1981) *"Brujas, Comadronas y Enfermeras"* Editorial La Sal. Barcelona.
- Esteban, Mari Luz. (2006) *"El estudio de la Salud y el Género. Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista"*. Salud colectiva. Buenos Aires.
- Foucault, Michel. (1990) *"La vida de los hombres infames"*. Madrid. Ediciones La Piqueta.
- Foucault, Michel. (2002) *"Historia de la sexualidad"*. La voluntad del saber. Siglo XXI Editores.
- Gorski Romero, Sonia. (1999) *"Caracterización del campo de la salud en Uruguay"* en *Medicalización de la sociedad*. Montevideo.
- Guber, Rosana (2005) *"El salvaje metropolitano"*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Guber, Rosana. (2001). *La Etnografía. "Método, campo y reflexividad"*. Buenos Aires. Grupo Editorial Norma
- Magnone, Natalia. (2011) *"Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica"* Departamento de Trabajo Social.
- Magnone, Natalia (2010). *"Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización"* Tesis de Maestría. Departamento de Sociología de la Universidad de la República. Montevideo.

- Mitjavila, Myriam. (1998). *“El saber médico y la medicalización del espacio social”* Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N°33.
- Mujer y salud en Uruguay 2007. *“Embarazo, Parto y Puerperio”* Cuaderno de divulgación sobre derechos y salud sexual y reproductiva. Montevideo.
- Le Breton, David. (2002) *“Antropología del cuerpo y modernidad”*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Illich, Ivan. (1975) *“Némesis Médica. La Expropiación de la Salud.”* Barral Editores.
- Lamas, Martha. (2003). *“El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual”*. UNAM-PUEG. México
- Lamas, Martha. (2000) *“Género, diferencias de sexo y diferencia sexual”*.
- López Gómez, Alejandra (Coordinadora) *II Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en Investigación Nacional*. Montevideo. Universidad de la República. 2006.
- López Gómez, Alejandra (2013) *Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay*. Conferencia Inaugural, Actividades académicas, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Rostagnol, Susana y Viera, Mariana. (2005) *“Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”* Montevideo.

- Sadler, Michelle. (2003). "*Así me nacieron a mi hija*". Aportes antropológicos para el análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, departamento de Antropología.
- Schwarz, Patricia. (2009) "*La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media*". Revista de crítica social.
- Scott, Joan (1996). "*El género: una categoría útil para el análisis histórico*". En: Lamas, Marta. Compiladora. *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Mexico.
- Segato, Rita (2003) "*Las estructuras elementales de la violencia*". Buenos Aires .Editorial Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Taylor y Bogdan: (1984) "*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*" Barcelona. Editorial Paidós.
- Viera, Mariana. (2014) "*Lejos de París*" *Tecnologías de Reproducción Asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata*. Maestría en Ciencias Humanas con Énfasis en Estudios Latinoamericanos. Montevideo.