

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

Derechos sexuales y derechos reproductivos:
el rol de la doula en el embarazo, parto y puerperio

Mariana Bodeant
Tutora: Natalia Magnone

2014

Mi más profundo agradecimiento a mi madre por parirme.

Agradezco a mi familia, en especial a mi compañero de vida Daniel, gracias a su paciencia y aliento hoy llegó a este final tan esperado. Del mismo modo, a mis hermanos Christian y Michael que con su cariño han acompañado siempre mis proyectos.

A mi entrañable amiga y terapeuta Patricia.

A mis compañeros y amigos que han aportado a mi crecimiento personal.

A la Facultad de Ciencias Social y en especial a mi tutora que con paciencia y cariño me ha acompañado.

ÍNDICE

SIGLAS.....	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: Delimitación del tema, objetivos y metodología	6
I.1 Delimitación del tema.....	10
I.2 Objetivo General	10
I.3 Objetivos Específicos	10
I.4 Metodología	10
CAPÍTULO II: Marco Teórico.....	12
II.1 DDSS y DDDR; derechos de las mujeres	12
II.1.1 DDSS DDDR en la salud ¿a qué nos referimos?	14
II.1.2 Empoderamiento de estos derechos	15
II.2 Ciudadanía; en la salud sexual y reproductiva	17
II.3 Parir: como un proceso con derechos	20
II.3.1 El derecho a parir; medicalizado e institucionalizado	22
II.3.2 La humanización del nacimiento	24
CAPÍTULO III: Marco Contextual	26
III.1 Normativas y Leyes vigentes en Uruguay sobre DDSS y DDDR.....	26
III.2 Origen de la palabra Doula y estudios sobre las mismas.....	29
III.3 Doulas; significado y origen en Uruguay	31
III.4 Formalización del rol de la doula en nuestro país.....	31
CAPÍTULO IV: Análisis	34
IV.1 El parto vivido como un proceso médico	34
IV.2 El parto: de la información al ejercicio	36
IV.3 Las doulas: ¿transmiten conocimientos y derechos?	38
IV.4 La mujer invisible: la doula	40
IV.5 Hecha la ley, hecha la trampa	41
IV.6 Lo instituido y lo instituyente	44
IV.7 Una mirada médica que sí integra el rol de la doula	46
CAPÍTULO V:.....	49
V.2 Algunas Reflexiones	49
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXO	61
Anexo 1 - Pautas de Entrevistas	61

SIGLAS

ANDOU	Asociación Nacional Doulas del Uruguay
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
DDHH	Derechos Humanos
DDSS y DDDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
FCS	Facultad de Ciencias Sociales
IM	Intendencia de Montevideo
IPU	Instituto Perinatal del Uruguay
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer Y Salud en el Uruguay
OMS	Organización Mundial de la Salud
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UdelaR	Universidad de la República
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento se enmarca dentro de la monografía final de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Social del plan 1992, de la Universidad de la República. El mismo pretende ser una continuación del proceso de conocimiento adquirido en dicha Licenciatura.

Este trabajo que se basa en el análisis de documentos y en entrevistas¹ busca conocer la relevancia que tienen los DDSS y DDDR en el momento del parto, y cómo se abordan los mismos por parte de los diferentes actores intervinientes. Por otro lado, se indaga sobre las diferentes leyes y normativas con las cuales cuentan las mujeres de nuestra sociedad, y si las mismas son puestas en práctica a la hora de vivir el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Esta monografía se desarrollará en base a cinco capítulos. El primero pretende situar al lector en el objeto de estudio. Se parte de la importancia que tuvieron las diferentes Conferencias (Cairo, 1994 y Beijing, 1995) para nuestro país como punto de partida para el desarrollo de políticas y programas a la atención de embarazo, parto y puerperio y cómo se fueron institucionalizando para de esta forma comprender la realidad concreta en donde se generan estos procesos. Se plantean el objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo. Del mismo modo, se plantea la metodología utilizada para dicha exposición.

En el segundo capítulo se realiza un acercamiento teórico conceptual en donde se busca dar luz al trabajo con las tres categorías de análisis que se entienden son las más adecuadas para abordar el objeto de estudio, generando el conocimiento necesario que permita analizar y problematizar sobre algunos asuntos abordar. Estas categorías son DDSS y DDDR, Ciudadanía y Parto.

¹ Esto se ampliará en el capítulo I

En un tercer capítulo se realiza un recorrido sobre las normativas y leyes vigentes en Uruguay sobre DSS y DDDR. Además, en este capítulo se ubica el rol de la doula², sus orígenes en nuestro país, qué simboliza y algunos estudios realizados sobre dicho rol en otros países.

En el cuarto capítulo se realiza un análisis sobre el tema abordado, en el cual se examina la perspectiva de los DDSS y DDDR, en qué medida los diferentes sujetos involucrados logran ejercer sus derechos desde la trasmisión de conocimiento que proporciona la doula y si los conocimientos y derechos adquiridos logran ser ejercidos a la hora de vivir dichos procesos. Del mismo modo, se plantea la mirada de una doctora comunitaria sobre dicho rol.

Por último, se presentaran algunas conclusiones finales, las cuales no buscan dar por concluido dicho tema, sino por el contrario se presentan como posibilidad de futuros abordajes.

² “El papel de la doula, es de acompañante emocional durante el embarazo y parto respondiendo a todas sus preguntas y dudas, y guiándolos para que pudieran tomar las mejores decisiones tanto para ellos como para el bebé”. (Ross 2013: 12)

CAPÍTULO I: Delimitación del tema, objetivos y metodología

I.1: Delimitación del tema

A partir de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en valor supremo. De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente. (Barrán; 1993:238)

La CIPD llevadas adelante en el Cairo en 1994 y Beijing en 1995, significaron un antes y un después en lo concerniente a las responsabilidades que el Estado debía asumir frente a la realización de políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva, así como lo referente a la legislación sobre el aborto. “Las acciones públicas realizadas o impulsadas en este sentido, se fundamentaron en los consensos internacionales recogidos en las Plataformas de Acción de las mencionadas Conferencias. El cambio de paradigma en población y desarrollo que implicó la CIPD determinó que Uruguay se viera llamado a pensar sobre otras bases los asuntos relativos a su población integrando la dimensión de derechos y calidad de atención” (Abracinskas; y López; 2004: 114- 115)

Desde la literatura disponible, que Uruguay comienza a tener un temprano desarrollo sobre políticas y acciones en Salud Sexual y Reproductiva, principalmente en lo vinculado a la atención de la embarazada y el parto institucionalizado (Abracinskas; y López; 2004)

Este “temprano desarrollo de políticas y programas en el área de la salud materno infantil, integrados tanto en el sector público como privado de la salud, iniciados hacia mediados del siglo XX, permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización del parto y la atención del puerperio. Si bien la institucionalización del parto ha permitido el descenso de la mortalidad materna e infantil en el país, tiene como contracara los procesos de medicalización en donde en el acto de parir la mujer pierde protagonismo y está muchas veces al servicio de las necesidades y reglas del funcionamiento médico e institucional.

De esta forma, la mujer queda ubicada en objeto del acto médico y no en sujeto de derechos y necesidades” (Abracinskas y López, 2004; 35-36).

La forma que adquirió la institucionalización del parto en Uruguay, nos permite observar que la atención al parto está relacionada con un modelo intervencionista, biomédico³ y jerárquico (Jones; 2007). Este es un modelo donde el hospital es el centro y la atención está concentrada en la figura del médico, quien se encuentra respaldado a través de un discurso de saber y poder que ejerce sobre las mujeres que van a parir y su entorno cercano. Dicho modelo se encuentra preservado por el conocimiento que posee y la hegemonía social que históricamente lo ha apoyado (Foucault; 2008). En este sentido se puede destacar que entre los años 1900 y 1930 nuestra sociedad se medicalizó⁴, por lo tanto “este poder fue el saber, y el único saber legítimo de su época: el científico” (Barrán; 1993:197). Es así que, “la verdadera ciencia del hombre era la Medicina, por la cual los médicos eran los “apóstoles” de la nueva teoría de salvación personal y colectiva” (Barrán; 1993:197).

Por lo tanto, los otros saberes no debían ser considerados relevantes pues el “saber se adquiría únicamente en la Universidad” (Barrán; 1993: 199). Esto llevó a “la conquista de un lugar prominente en el imaginario social, tal vez el más destacado de los lugares, tuvo un rol principal en la consolidación del poder médico. Así logró la sumisión de todos: enfermos y sanos” (Barrán; 1993: 102). Al mismo tiempo este “saber médico sostenía, en realidad que la mujer era un ser enfermo” (Barrán; 1995: 84) y así fue que los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio que la mujer vivía, fueron medicalizados.

Con el surgimiento del paradigma médico estos procesos salieron del ámbito familiar para desarrollarse en hospitales manejado por profesionales y siguiendo un procedimiento previamente establecido. Esto “...supone una creciente sustitución de los saberes y prácticas profanas por los criterios de saber y las prácticas médicas” (Lansch; 1991: 138). Con el avance de dicho

³ “Este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular con las mujeres, que refuerzan su situación de dependencia y por lo tanto, su posición subordinada”. (Blázquez; 2005 :7)

⁴ “Con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez 1985 en Mytjavila; 1998: 2)

paradigma “el médico se convierte en el protagonista. El cuerpo de la mujer es el escenario en el que actúa...” (Davis-Flores; 2009: 69). Al mismo tiempo, los médicos fueron, como lo expresa Barrán (1995), los responsables de instaurar el culto a la invalidez femenina, lo que generó que determinadas fases del ciclo vital de la vida como el nacimiento, hasta la vejez sean considerados por la medicina como factores de riesgo (Mitjavila; 1998)

Por otra parte, cabe destacar que en este modelo de atención las mujeres son conceptualizadas como “madres”⁵ alejándose de una visión más amplia, y desconociéndolas como sujetos de derecho y con capacidad de decisión sobre su individualidad. Pues las políticas que se han implementado y reforzado en torno al embarazo y parto están relacionadas con el modelo materno infantil. “Históricamente los Centros de Salud han tenido una estructura edilicia y funcional destinada a brindar servicios desde la perspectiva materno infantil” (López; 2003:13).

Otro aspecto a destacar de este modelo de atención del parto, son las nuevas intervenciones que se realizan sobre las mujeres a la hora de parir. Los más destacables son: recibir intervenciones innecesarias o prácticas rutinarias como ser rasuradas, enemas, uso rutinario de suero (oxitocina) y episiotomía⁶ durante el trabajo de parto; y partos en posición ginecológica⁷. Asimismo es importante tener en cuenta, que en este modelo, las mujeres no cuentan con libertad de movimiento tanto en la labor de parto, como en el parto mismo. Además, es fundamental en el momento del nacimiento la no separación del bebé después del parto, sin que él y la madre se puedan tocar, oler y tener la primera posibilidad de amamantamiento. Este tipo de acción se realiza para que el bebé sea examinado y lavado. (RELACAHUPAN; 2007) es necesario

⁵ “En el Novecientos, el argumento central de la alimentación a base del pecho materno fue la disminución de la mortalidad infantil; pecho y madre tendieron a convertirse en sinónimos, solo el pecho de la madre salvaría al hijo” (Barrán; 1995: 96)

⁶ “La episiotomía, es una incisión que se realiza en la zona del perineo, para ampliar el canal del parto facilitando la expulsión del niño con la finalidad de prevenir desgarros en la región pélvica de la madre. Esta incisión se sigue practicando a pesar de que estudios clínicos arrojan evidencia de que no previenen desgarros y tienen efectos negativos para la madre, al producir laceraciones severas, dispareunias (coito doloroso) y pérdida sanguínea” (García; Moncayo; y Sánchez; 2012: 817)

⁷ La mujer acostada de espaldas con las piernas en alto, lo que facilita la acción y la intervención del médico, esto tiene como desventaja que el parto es más lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer (RELACAHUPAN; 2007).

que todos estos elementos sean atendidos⁸ por el equipo médico que acompaña este proceso.

Acompañando la institucionalización del parto podemos observar que en nuestro país, al igual que en el mundo, se ha venido dando un aumento sistemático de la tasa de nacimiento por cesáreas. En el año 2008 tuvimos un promedio nacional de 34,4% (Magnone; 2010). En 2010 alcanzaron el 38,9%⁹. En el 2011 “en los centros privados de salud, en mutualistas y seguros hay más nacimientos por cesáreas en un quirófano que partos naturales. La diferencia en el sector privado y público es importante: los nacimientos por cesárea en algunos de esos centros rondan el 60%, mientras que en el Pereyra Rossell, principal maternidad de nuestro país, son el 28%”¹⁰

Paralelamente a la institucionalización del parto y a los procesos que acompañan al mismo, se fue generando la capacitación del personal, para la asistencia al mismo: ginecólogo obstetra, partera, médico neonatólogo, entre otros, todos forman parte del proceso del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo en los últimos años surge un rol que viene tomando relevancia en nuestro país y en el mundo: el rol de la doula, que “han surgido a través de los años como respuesta frente a la exigencia de muchas mujeres de contar con más apoyo y con cierta continuidad en los cuidados recibidos” (Ross; 2013: 19). El ginecólogo Odent (2011) plantea que “el fenómeno doula, es tan repentino e internacional que debe ser analizado e interpretado en el contexto del siglo veintiuno” (Odent; 2011: 91).

En nuestro país surge como un rol no profesional, pero si técnico, pues deben formarse en el área para realizar un apoyo emocional e informar a la parturienta y a su entorno más cercano sobre los derechos que se tienen en dicho proceso. Este rol viene a instalarse en el sistema hospitalario con una formación no médica en lo relacionado al embarazo, parto y puerperio.

⁸ Desde distintos ámbitos y países se está comenzando a problematizar que el modo de atención al parto y nacimiento actuales no está respetando cabalmente los derechos humanos de las mujeres, los bebés y sus entornos afectivos. Una de las explicaciones proviene de la expansión del uso de un conjunto de prácticas creadas para iniciar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar los resultados obstétricos. (Magnone; 2012:17)

⁹ Datos presentados por Unicef Uruguay

¹⁰Rosenberg, J: <http://www.180.com.uy/articulo/36831> Epidemia-de-cesareas-no-es-reconocida-como-problema

Por lo tanto nos planteamos en este trabajo poder visualizar, los Obstáculos y Posibilidades del rol de la Doula Comunitaria para incorporarse a la práctica cotidiana de la atención del embarazo, parto y puerperio.

1.2: Objetivo general

Analizar las posibilidades que tienen las mujeres en el embarazo, parto y puerperio para efectivizar sus derechos, a partir del acompañamiento de la doula comunitaria en el ámbito hospitalario de nuestra sociedad.

1.3: Objetivos específicos

- Relevar y analizar las “nuevas” normativas en el Uruguay en relación al parto.
- Investigar la potencialidad del rol de la doula comunitaria para efectivizar los derechos de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.
- Identificar potencialidades y dificultades del rol de doula comunitaria para “insertarse” al sistema médico de atención.

1.4: Metodología

Para realizar un análisis significativo de dicho tema se utilizó una metodología cualitativa. La metodología cualitativa es un abordaje metodológico basado en principios teóricos como la fenomenología, hermenéutica y la interacción social, empleando métodos de recolección de datos con el propósito de explorar las relaciones sociales y descubrir la realidad tal como la viven los individuos estudiados. “La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales que describen la rutina y las situaciones problemáticas de la vida de las personas” (Rodríguez; 1996: 72). La misma busca explicar las razones de los diferentes aspectos del comportamiento humano. Dentro de la metodología cualitativa existen distintas técnicas de investigación, para el presente trabajo se utilizó, la entrevista semi-estructurada; la cual genera una flexibilidad entre entrevistado- entrevistador, posibilitando la introducción de nuevas preguntas en caso de necesitar ampliar

o aclarar las respuestas. Dicha técnica responde a la necesidad de lograr un discurso de los entrevistados en el que se logren articular elementos objetivos y subjetivos. Además, la técnica “bola de nieve” la cual está indicada para poblaciones minoritarias o muy dispersas pero en contacto entre sí. La misma consiste en identificar sujetos que se incluirán en la muestra a partir de los propios entrevistados.

Como primer paso se realizó el análisis de documentos: leyes, protocolos, prensa y páginas web, entre otros, con el fin de sistematizar datos que permitan entender y describir dicho tema. Este aspecto incluyó el análisis teórico de las categorías que permiten comprender de forma más integral los derechos en el parto y el rol de doula como habilitante de estos derechos.

Por otro lado, se realizaron entrevistas a tres doulas; la primera participó de la conformación del rol de doula comunitaria en nuestro país. Esta entrevista permitió entender y situar el rol de la doula en nuestra sociedad. Las otras dos entrevistas se hicieron a doulas que actualmente se encuentran no solo ejerciendo su rol, sino que también en la formación de futuras doulas. Estas entrevistas permitieron obtener una mirada amplia del desarrollo de dicho rol.

Por otra parte, se realizaron dos entrevistas a mujeres que en su parto fueron acompañadas por doulas. Aquí se intentó buscar información sobre cómo fue vivido por ellas la posibilidad del acompañamiento de una doula y que tipo de información les transmitieron.

Por último realizó una entrevista a una doctora que contó durante un tiempo con la presencia de las doulas en la policlínica barrial donde ella trabaja como doctora de familia, para que desde su lugar profesional explicara cómo y de qué manera se relacionó con dicho rol y también si la presencia de las doulas había generado un cambio a nivel del servicio que se les brindaban dichas mujeres.

CAPÍTULO II: Marco Teórico

II.1: DDSS y DDDR; derechos de las mujeres

“Hablar de derechos sexuales y reproductivos es hablar de justicia social y de fortalecer ciudadanía”. (Faúndes; 2004: 13)

A partir de 1948 la OMS establece de forma clara en su acta fundacional a la salud como un derecho fundamental y desde ese momento se amplía y ajusta el concepto, estableciendo diferentes estrategias para lograr obtener una “salud para todos”. (Benis; 2009). Sin embargo, “el impulso específico para la aceptación de los derechos reproductores, (por los que llevan años luchando diferentes colectivos de mujeres), surge de la evaluación de los planes de acción derivados de las dos primeras conferencias de población (México; 1975 y Copenhague; 1980). Los resultados fueron desalentadores y se llegó a la conclusión que se requerían cambios fundamentales en la situación de las mujeres, recogido fundamentalmente en las dos siguientes conferencias (estos cambios fueron trascendentales para acelerar los procesos de igualdad de género). En la tercera conferencia (Kenia; 1985) se establecieron las llamadas Estrategias de Nairobi, vigentes hasta el año 2000 y cuya finalidad era la consecución de la igualdad de la mujer en materia jurídica, social, de derechos y de ciudadanía” (Benis; 2009:312-313). Dichas conferencias dejaron en evidencia la situación en la que se encontraban las mujeres a la hora de enfrentarse a su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo han sido fundamentales los lineamientos de políticas que se desarrollan a partir del CIPD en el Cairo 1994 y la “IV Conferencia Mundial de la Mujer” en Beijing en 1995, donde se reiteran estos derechos. En síntesis, éstos se refieren a tener control y decisión de forma libre y responsable sobre la cuestión relativa a su sexualidad, incluida la Salud Sexual y Reproductiva. Los mismos implican un ejercicio de autonomía, libre de coacción, discriminación y violencia. Del mismo modo, establece la igualdad entre mujeres y varones en lo relacionado con las relaciones sexuales y la reproducción; así como el respeto mutuo y el consentimiento, la integridad de la

persona y la distribución responsable sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

Es a partir de estos acontecimientos que en nuestro país, se comienza a diseñar e implementar políticas específicas e integrales en esta dimensión de la salud. Iniciando el camino de la implementación de programas y servicios en salud sexual y reproductiva que trasciende la salud materno infantil. Ya que “el modelo de atención materno infantil sustentado en el “binomio madre-hijo”, la visión hegemónica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud familiar y en la ausencia del varón- padre y su responsabilidad reproductiva, trae aparejadas dificultades para des- construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque.”(Abracinskas y Lopez 2004: 36). Este binomio jerarquizó el papel de madre y fortaleció la invisibilidad de la mujer como persona y sujeto de derecho. Donde el varón queda ausente de las responsabilidades paternas (López y Carril; 2010).

A partir, de la Conferencia del Cairo (1994) las políticas no estuvieron dirigidas solo al control de la natalidad, sino que también fueron asociadas al desarrollo intersectorial de políticas con eje en la Salud Reproductiva y los Derechos Sexuales. Es así que “los dos Programas de Acción tanto de El Cairo como de Beijing, pueden ser comprendidos como marcos normativos éticos iniciales” (Correa; 2003:19). Los cuales permitieron enfatizar en la necesidad de implementar acciones y programas que atiendan las necesidades insatisfechas de los diferentes grupos sociales –como ser mujeres y niños- buscando eliminar las barreras que dificultan el acceso a información y servicios de salud en materia de sexualidad y reproducción. (López; y Carril; 2010)

Cabe aclarar que “...los derechos sexuales y reproductivos no son considerados como temas significativos por muchas de las personas que trabajan en el campo de la salud. Por consiguiente, [...] no siempre se traducen en prácticas diarias que permitan garantizar la privacidad, la capacidad de elegir, el consentimiento informado la confidencialidad y el acceso a los beneficios derivados de los avances científicos” (The Lancet; 2007: 3)

II.1.1: DDSS y DDDR en la salud ¿a qué nos referimos?

El Programa de Acción de la CIPD señala que los derechos reproductivos son derechos humanos¹¹ reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos de Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (...) La promoción del ejercicio responsable de estos derechos de todos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres (CIPD, 1994 en López; 2003).

En otras palabras, dentro de esta nueva concepción de derechos se incluyen: el de acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos. Asimismo, se incluye el derecho a recibir información acerca de los diferentes métodos anticonceptivos que se encuentran disponibles, así como a su elección y libre uso. Por otra parte, incluye el derecho a las mujeres a obtener del Estado servicios de salud adecuados que brinden una atención digna y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, donde no existan riesgos y que se

¹¹ Tomando los aportes de Barranco Avilés (2009) "los derechos humanos es un concepto cultural". Si retomamos la historia podemos verificar que los mismos no han existido siempre sino que en el período de historia en donde se da el "tránsito a la modernidad" es en que se generan las condiciones económicas, sociales y culturales que permiten el surgimiento de la idea. Por otro lado la autora plantea "que los derechos sean un concepto histórico significa que la forma de entenderlo ha variado a lo largo de la historia" (Barranco Avilés; 2009: 442). Esto lleva a que sea difícil ofrecer una definición acabada del mismo, pues se encuentra en continua evolución ya que acompaña los cambios de la sociedad. Pero "...cabe entender que los derechos son exigencias éticas de dignidad que pretenden acomodo en el Derecho positivo. Es decir, cuando estamos ante un derecho fundamental (un derecho humano) estamos ante una herramienta jurídico - política con la que se pretende evitar que las personas en sociedad sean tratadas como meros medios."(Barranco Avilés; 2009: 442). Es importante aclarar que estos derechos son universales y les corresponde a todos los seres humanos por igual.

garantice las mejores condiciones para tener hijos sanos (López; y Carril; 2010) Por lo tanto, “la defensa y promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es una responsabilidad del Estado que debe estar garantizada desde la laicidad, el respeto a la diversidad de creencias y la promoción de una convivencia democrática que no permita la imposición ni el avasallamiento de hegemonías, de ningún tipo”. (Correa; 2003: 7)

II.1.2: Empoderamiento de estos derechos

Esto nos permite develar que “el enfoque de derechos sexuales y reproductivos está estrechamente vinculado con el enfoque del empoderamiento”. (López; 2003: 29). El empoderamiento supone un cambio y una transformación de las relaciones de poder. Recordemos que el empoderamiento tiene un fuerte impulso con la educación popular desde Paulo Freire, cuando toma y desarrolla el concepto de conciencia crítica. El autor expresó que era necesario una “educación que facilitase la reflexión sobre su propio poder de reflexionar y que tuviese su instrumentación en el desarrollo de ese poder, en la explicación de sus potencialidades, de la cual nacería su capacidad de opinión” (Freire; 1992: 52).

Desde la perspectiva de distintas autoras feministas, el concepto de empoderamiento incorpora la perspectiva de una estrategia para la igualdad y el acceso de las mujeres en la toma de decisiones. León (1997) cita a Margaret Shuler, socióloga estadounidense, quien plantea al empoderamiento como un proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de la mujeres en sí mismas, en su status y en su eficacia en las interacciones sociales. Por lo tanto, las mujeres toman conciencia con su realidad, para analizarla y tomar decisiones acerca de la misma. Del mismo modo, señala que además de conocer los derechos de las mujeres en el ámbito político y sociocultural, es necesario reconocer los obstáculos mentales y económicos que dificultan el cambio, por lo cual hace énfasis en la reflexión crítica para lograr una acción transformadora. (León; 1997)

Stephanie Riger, desde su perspectiva de psicología comunitaria, señala que la autonomía y el dominio son parte del empoderamiento, pero que los mismos requieren de la libertad de elegir, por lo tanto quienes no pueden ejercer su autonomía encuentran fuerza en la comunidad y no en el individualismo. Si se quiere lograr un cambio real en las estructuras de poder, se hace necesario ubicar la percepción personal y psicológica del empoderamiento en su contexto político e histórico, para analizar la diferencia entre el sentido de empoderamiento o autoestima que tiene el individuo y su habilidad real para controlar la toma de decisiones sobre los recursos. (Riger en León; 1997)

López (2003) plantea que en el campo específico de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el empoderamiento en tanto proceso individual y colectivo, permite que las personas, y en especial las mujeres, se construyan en tanto sujetos sexuales con derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción. Derechos que implican el acceso a poder llegar a los recursos necesarios para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera auto determinada. La autodeterminación sexual y reproductiva, sólo será posible en la medida que se promuevan sujetos con autonomía para ejercer sus derechos, sobre la base del autocuidado y el mutuo cuidado, el respeto a la diversidad y la responsabilidad social.

Por lo tanto, “los “derechos sexuales y reproductivos” suponen una lógica de reivindicación sobre las libertades individuales y sobre la autonomía (entendida como sinónimo de independencia), como la libertad del cuerpo, de manera que tanto la maternidad como la adscripción a la vida familiar constituyan opciones valorativas de elecciones individuales y no imposiciones sociales de actos de sujeción de voluntad; esto supone desvincular la sexualidad de la reproducción, como acto de elección voluntaria” (Schiavoni; y Fretes; 2011 :178)

Sobre este aspecto plantea Jelin (1996) que hace dos décadas la lucha de las mujeres en el campo de la sexualidad y la fecundidad se viene dando con mucha fuerza con sentidos y significados complejos y contrapuestos. Pero expresa que los derechos reproductivos son los derechos de las mujeres a regular su propia sexualidad de manera autónoma e igualitaria. Al mismo

tiempo, la autora expone que “para regular su sexualidad y capacidad reproductiva, o sea el control sobre su propio cuerpo, el primer requisito sería que no se ejerza violencia sobre el cuerpo de la mujer” (Jelin; 1996: 204). Por otra parte, se exigen de los hombres que asuman responsabilidades por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad. (Azeredo en Jelin; 1996)

Es así que, “en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos subyacen componentes o principios éticos (Correa; y Petchesky; 1994) que, con demasiada frecuencia, son violados a través de decisiones políticas, de legislaciones, de prácticas médicas, de intereses económicos, de dogmas religiosos, de intereses masculinos y/o familiares. La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. Es el fundamento para oponerse a la esclavitud, la tortura y la violación, sin embargo cuando hablamos del derecho que las mujeres tienen sobre su cuerpo ante la decisión de abortar, por ejemplo, las resistencias y las voces que niegan ese derecho, son muy fuertes y provienen desde todos los sectores. Tampoco se suele considerar la individualidad: aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones”. (Abracinskas; y López; 2004)

II.2: Ciudadanía; en la salud sexual y reproductiva.

“Mary Wollstonecraft la pionera feminista inglesa, ya decía que nosotras las mujeres no somos ni esclavas, ni tiranas, somos ciudadanas”.
(Correa; 2003: 20)

Cuando se comienza a trabajar el tema de ciudadanía es inevitable tomar la influencia que tuvo el aporte de Marshall; el cual plantea que la ciudadanía refiere a, “...aquel status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica” (Marshall; 1991:37). Cabe aclarar que en el núcleo central de la tesis de dicho autor, plantea que ciudadanía va asociado al desarrollo de tres tipos de derechos: los civiles (Siglo XVIII) que son los que suponen la libertad para vivir en donde elijan, para expresarse según sus ideologías, poseer propiedades y establecer contratos, así como la libertad de expresión y religión. Los derechos políticos (Siglo XIX) implican participar de manera activa o pasiva, directa o delegada, en proceso de decisiones políticas.

Los derechos sociales (Siglo XX) son aquellos que reúnen toda una gama que van desde el derecho a la salud, educación, de habitación y de seguridad social, según los cánones vigentes de la sociedad. El autor plantea que la ciudadanía es un proceso en continua evolución, progresivo, de acumulación de derechos, teniendo su origen en el capitalismo garantizando derechos en dicho período y siguiendo un camino necesario para su evolución y desarrollo. Del mismo modo, refiere a que no existe una idea universal sobre cuáles son los óptimos derechos de ciudadanía que debe alcanzar la sociedad, pero que cada una aspira a un modelo ideal de ciudadanía construida por ella misma.

Por otra parte, Aquín (2003) identifica a la ciudadanía ligada a dos esferas, por un lado al Estado, el cual se despliega como garante absoluto del desarrollo y consolidación de la institucionalidad democrática, y por otro, la sociedad, que permite la creación de prácticas consecuentes con el ideario democrático. Por lo tanto, estas dos esferas serían "...complementarias en la construcción de ciudadanía, reconociendo que la ciudadanía de la sociedad civil se fortalece en la defensa de intereses, en el desarrollo de organizaciones y en la profundización de identidades colectivas" (Aquín; 2003:24)

Según los aportes de Gioscia (2001), la ciudadanía no sólo refiere a un status legal previamente definido de un conjunto de derechos y obligaciones. Es también la posibilidad de pertenecer a una comunidad política. Existen "argumentos de que, a pesar de poseer los derechos comunes propio de la ciudadanía, las mujeres entre otros grupos, aún se sienten excluida" (Gioscia; 2001: 209). Ella explica que dicha exclusión no refiere solo a la "diferencia" biológica sino a la manera en que la "cultura" estigmatiza a los cuerpos y recrea las condiciones en las que viven y se desarrollan. Evidentemente, "el cuerpo y sus manifestaciones han sido históricamente un campo de batalla política" (Jiménez; y Molero; 2009: 72)

En esta nueva perspectiva de análisis que plantea Gioscia toma en cuenta la noción de cultura¹². La misma concluye que "el estatus de una persona o grupo

¹² "Involucra comportamientos compartidos e incluye los procesos en que estos comportamientos son aprendidos, evaluados y modificados, incluye "imaginarios sociales" (...) involucra también una educación "compartida", lenguaje contexto, raza, etnia,

está directamente relacionado con la proximidad a bienes y servicios. Esto [por lo tanto] determina las exigencias de identidad comunitaria para participar cabalmente de la ciudadanía” (Gioscia; 2001: 211). En palabras de Huertas (2009), concebir “la cultura como un “campo de fuerza”, como un espacio dialéctico compuesto de elementos cambiantes que no siguen un destino preconcebido y que carecen de esencia pero no de sentido social o dirección política” (Huertas; 2009: 30) Por lo tanto, la cultura es un campo de transformaciones ya que es sustento de cambios tanto en lo subjetivo como en lo simbólico. “Es en la dimensión cultural donde se arraiga la conciencia del derecho a tener derechos desde las diferencias y especificidades de los seres humanos” (Manifiesto; 2006:17)

Por otra parte, tomando los aportes de Castro (2010), la ciudadanía se refiere “a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente” (Castro; 2010: 55). Este autor plantea su posición desde los prestadores de servicios de salud -médico, enfermeras, parteras, etc.- y de las usuarias desde la ciudadanía reproductiva, la cual se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en lo referido a la salud sexual y reproductiva. Dentro de estos derechos incluye la capacidad de las mujeres de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y de atropellos por parte de los servicios de salud.

Los aportes de dichos autores antes citados nos permiten ver que la ciudadanía no es estática, sino que está en constante proceso de construcción, deconstrucción y reconstrucción. En la misma se inspiran ideas y aspiraciones que sucesivamente se han ido convirtiendo en herramientas destinadas a frenar o limitar las injusticias e inequidades, pero del mismo modo a proveer condiciones para garantizar el ejercicio de la misma. Por lo tanto, “concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, socio cultural, histórico, político, subjetivo y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derechos a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud así como en las prácticas de los

sexo y creencias. (...)Parte de lo que define una cultura son los mecanismos de traducción que permiten la comunicación entre grupos...” (Gioscia; 2009: 210)

profesionales involucrados” (López y Carril; 2010: 34). Es fundamental concebir que las mujeres son sujetos libres y ciudadanas a las cuales se les debe de respetar en sus derechos. Las prácticas profesionales muchas veces limitan estos derechos y las mujeres no son apoyadas por los profesionales de la salud sino que son atropelladas por ellos.

Se hace necesario reforzar la autonomía que la mujer tiene con respecto al ejercicio de ciudadanía, generando “el control de las propias condiciones de existencia. Para ello las mujeres necesitarán ejercer como sujetos capaces de discernir sus anhelos y sus intereses y elegir las mejores acciones para concretar dichas elecciones. Necesitarán ejercer como ciudadanas que puedan desestimar sus históricas circulaciones públicas marginales y tengan participación desde los centros de decisión en aquellos aspectos de sus proyectos que se inscriban en propuestas colectivas” (Fernández; 2006: 14). Para de esta forma a la hora de vivir procesos como el embarazo y parto puedan sentir que son parte del mismo como sujeto de derechos y no como objetos de dicho proceso.

II.3: Parir: como un proceso con derechos.

“¿Qué hace esa india huichola que está por parir?

Ella recuerda. Recuerda intensamente la noche de amor de donde viene el niño que va a nacer. Piensa en eso con toda su fuerza de su memoria y su alegría.

Así el cuerpo se abre, feliz de la felicidad que tuvo, y entonces nace un buen huichol, que será digno de aquel goce que lo hizo”.

De Memorias de Fuego II: las caras y las máscaras.

Eduardo Galeano.

Según Sadler (2003), lo referido a la salud y sobre todo al parto ha sido históricamente territorio de curanderas y curanderos. Quienes fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Las mismas sabían sobre abortos, partos, enfermedades, y actuaban como enfermeras y consejeras. Utilizaban yerbas medicinales que ellas mismas cultivaban y los secretos de su utilización eran transmitidos entre ellas (Sadler; 2003). Esto permitía que el parto tradicionalmente se desarrollara en el ámbito privado del hogar; un medio en el cual la parturienta vivía su experiencia rodeada de sus familiares más cercanos, siendo asistida por otra mujer, la partera o matrona, la

cuales estaban reconocidas socialmente. Las mismas eran, “mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento” (García Martínez; 2008: 41). Consecuentemente, la llegada de un hijo era un acontecimiento familiar que tenía lugar en la intimidad del hogar con la protección y ayuda de estas mujeres. Paralelamente, se podía observar que existía un alto porcentaje de muerte materno infantil porque no se contaba con el conocimiento y la tecnología que se ha desarrollado hoy en día en este y otros ámbitos en lo referido a la salud y enfermedad.

Como se viene planteando, la asistencia al parto en las últimas décadas se ha venido realizando en medios hospitalarios y con personal especializado. Ante esta nueva forma de vivir el proceso del parto la OMS recomienda seguir determinadas pautas de atención, de forma de lograr asistencia humanizada, no intervencionista y, respetando los derechos de la mujer (OMS; 1995)

“En los últimos 50 años se ha pasado de una atención sanitaria del embarazo y el parto, a la intervención médica y farmacológica muy generalizada sobre los órganos reproductores y los procesos relacionados con la reproducción, bien mediante cirugías (episiotomías, cesáreas, ligadura de trompas, histerectomías, etc.) o bien medicación (para el dolor menstrual, hormonas para el control de fertilidad, anestésicos y oxitocina durante el parto), incluyendo las técnicas de reproducción asistida. El derecho a estar informada a opinar y a que se respete las decisiones sobre el grado de intervención sanitaria que se desea en determinados procesos, como durante el embarazo y el parto. Este derecho a elegir es un aspecto fundamental de los derechos reproductores (FPFE, 007), que está siendo reivindicado por las mujeres y apoyado desde diferentes instancias profesionales y políticas”. (Bernis; 2009: 327)

La medicalización de la vida y la salud de la mujer presentan sus propias particularidades, ya que buscan regular ciertos procesos que se dan en el cuerpo de la mujer. Para dicha regulación surge “la ginecologización [que] es la operativa específica de intervención sobre la mujer, la forma en la que el saber

médico la significa atrapándola en su función reproductora, con lo que la confiere a un estatus que trasciende las fronteras técnicas de la medicina y se instala en lo social, definiéndola integralmente, reinventándola socialmente como sujeto reproductor tutelado” (Nieves; 1998, en Schiavoni; y Fretes; 2011: 179)

Como consecuencia existe la consideración de que todas las mujeres son biológicamente “iguales” por lo tanto, las prácticas que van a recibir serán uniformes. Esta uniformización a nivel institucional genera en primer lugar que queden invisibilizadas las individualidades y diferencias que presenta cada mujer conduciendo a un único patrón de normalidad al que deben ajustarse. En segundo lugar, la uniformización del cuerpo y el comportamiento de las mujeres tienen como consecuencia la exclusión simbólica de aquellas que no cumplen con ciertos “requisitos” en el contexto del trabajo de parto y parto (Jones; 2007)

II.3.1: El derecho a parir; medicalizado e institucionalizado

El modelo sobre el que se configura la atención sanitaria de Uruguay es el biomédico, el mismo ha promovido la medicalización y en sentido inverso esta medicalización ha promovido la hegemonía de este modelo operando una relación simbiótica entre ambos procesos. (Menéndez; 1990). En este modelo “la mirada biomédica resulta sectaria y no habilita la conjunción de otras perspectivas ni se preocupa por articular los conocimientos científicos con los populares” (Schiavoni; y Fretes; 2011: 185).

A fines del siglo XIX y comienzo del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto, con el fin de descender las muertes maternas y neonatales. Esto fue considerado un progreso, pues las muertes disminuyeron de manera significativa. Al mismo tiempo, el parto fue trasladándose a los hospitales y abordado desde concepciones patologizantes donde las mujeres se internan “para el parto separadas de sus familias, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuosos” (Lomuto; y Otros; 2004:13)

Erviti (2010) plantea que las mujeres han sido cosificadas en el modo como se han implementado las políticas de salud reproductiva, ella cuestiona la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres, así como los obstáculos para el respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, “la medicalización del parto y su construcción como una condición patológica están ligadas en su orígenes a la nociones de la mujer decente (época victoriana)¹³. Los partos eran atendidos solo por médicos, y en esta situación las familias eran excluidas físicamente y las mujeres anestesiadas y relajadas corporalmente del proceso de parto. El resultado fue que los médicos ganaron el control sobre el proceso y la consignación de las mujeres a la sala de parto”. (Erviti; 2010: 105) Esto nos lleva a pensar; que “la medicalización creciente del espacio social no podría entenderse si no fuera por la doble condición que caracteriza al ejercicio del poder médico: la legitimidad y la dependencia. Ambos constituyen facetas de la autoridad”. (Mitjavila; 1998: 32)

Por parte de diferentes colectivos sociales, especialmente por los movimientos feministas, se viene planteando que las mujeres sufren violencia obstétrica. Existiendo legislación en países como Argentina, consistente en legislar en relación a la “... apropiación del cuerpo de la mujer y el proceso del parto por los profesionales de la medicina, considerando patológicos todos los partos, convirtiendo a la mujer en paciente y de manera automática y realizándose actos médicos y farmacológicos rutinarios sin permitir que la parturienta participe activamente en las decisiones sobre su cuerpo” (Long; 2011:28)

Así es que el parto, pasó a ser un acto médico en donde el significado científico dejo de lado lo no científico. Es por ello, que el mismo ya no se vive de forma privada; pasa a ser un acto público en donde se incorporan distintos actores sociales (anestesiastas, neonatología, instrumentistas, enfermeras, entre otros).

¹³“La sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda de lugar. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductiva. En torno al sexo se establece el silencio. La pareja, legítima y procreadora, impone su ley. Se impone como modelo, hacer valer la norma, detenta la verdad, retiene el derecho de hablar -reservándose el principio de secreto-. Tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilizada y fecunda: la alcoba de los padres” (Foucault; 2008:9)

De esta forma, “el equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos y partos de riesgo en todo los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias” (Lomuto; y Otros; 2004: 13). Esto generó que la atención recibida por parte de las parturientas pusiera en tensión el respeto de sus derechos como ciudadanas fundamentalmente por no ser informadas de las intervenciones sobre sus cuerpos y no ser tenidas en cuenta en tanto co-responsables de las decisiones sobre su parto y sus bebés.

II.3.2: La humanización del nacimiento

Según los aportes de Magnone (2010), a partir de la Conferencia Internacional sobre la humanización del parto llevada a cabo en Fortaleza, Brasil 2002¹⁴, se logra definir con mayor precisión el concepto de humanización, que se aplica a diversos aspectos que transita el ser humano como el embarazo y parto entre otros. “La humanización de este proceso pone el centro de atención en la mujer parturienta y no en el personal de salud” (Magnone; 2010: 35)

La propuesta del parto humanizado propone a los servicios de maternidad un trato respetuoso y digno para la mujer y su hijo y convierte a la información en una herramienta de toma de decisiones para que de esta forma la mujer pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, optando por las mejores opciones para ella y su hijo (Alonso; y Gerard; 2009)

En la actualidad se habla de parto humanizado cuando se otorga una atención integral a la mujer y su entorno. El mismo se basa en el respeto a la libre elección de cómo parir, considerando la esfera biológica, emocional y espiritual en un ambiente de intimidad y seguridad, acorde a la realidad cultural de cada persona y sustentando la atención en la medicina basada en evidencias científicas actuales (OMS).

¹⁴ “El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.” (Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto. Fortaleza –Brasil; 2002)

En nuestro país, se plantea "...promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados" (Ley 18.426 Art. 30 inciso C).

En resumen, se pretende transformar el modelo de atención centrada en la figura médica; pasando a un modelo de atención donde la mujer sea la protagonista de dicho acto y la medicina se encuentre a su disposición y no de manera inversa.

CAPÍTULO III: Marco Contextual

III.1: Normativas y Leyes vigentes en Uruguay sobre DDSS y DDRR

El derecho a soñar no figura entre los treinta derechos que Naciones Unidas proclamaron a fines de 1948. Pero si no fuera por él, y por las aguas, que dan de beber, los demás derechos se morirían de sed.

Eduardo Galeano.

Se ha podido ver en estas dos últimas décadas que los diferentes movimientos civiles, como los movimientos feministas entre otros, han buscado llevar adelante la necesidad de que los DDSS y DDRR fueran reconocidos no solo a nivel mundial sino también a nivel regional. Estos mismos movimientos plantean la toma de conciencia de que son los gobiernos los encargados de proteger y promover dichos derechos.

Por lo tanto, es a partir del 1996 y como resultado del impacto de la CIPD en el Cairo en 1994 y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, que desde el Estado Uruguayo, se comienza a diseñar e implementar políticas específicas e integrales en esta dimensión de la salud. Iniciado el camino de la implementación de programas y servicios en salud sexual y reproductiva que trascienden la salud materno-infantil e incluye otras necesidades y derechos en la salud de las mujeres. En 1996 se funda la Comisión Nacional de seguimiento de los Compromisos del Cairo y Beijing, en este mismo año se realiza “El Primer Programa de Salud Reproductiva” y “El Programa de Atención Integral a la Mujer” de la IM. En el 1997 se forma “La Comisión Tripartita para la Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo”. En 1998 se crea en el MSP “El Área de Salud de la Mujer y Comité de las Mujeres”. Luego en 1999 surge la creación de la Comisión Honoraria en la Salud Sexual y Reproductiva, Cátedra libre en salud reproductiva, sexualidad y género en la Facultad de Psicología, también se da la elaboración de agenda de las mujeres por parte de movimientos sociales (Abracinskas; y López; 2009)

En diciembre de 2002 Uruguay festeja el Día Internacional de los DDHH, con la aprobación en la Cámara de Diputados, del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, “el mismo asigna al Estado la responsabilidad de garantizar las condiciones para el ejercicio de los DDSS y DDRR, promoviendo

la educación sexual, el ejercicio de la maternidad y la paternidad deseada y responsable, la reducción de la mortalidad materna y la prestación de servicios de planificación familiar” (Correa; 2003:5). Sin embargo fue votado negativamente, en la Cámara de Senadores en mayo de 2004. A pesar de ello, el proceso de debate social y político, involucramiento activo de la ciudadanía, y la concertación de actores (sociales, políticos, religiosos, académicos) generada a favor del proyecto de ley, han colocado a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como un asunto ineludible de la agenda pública¹⁵.

Tal es así que el 1° de diciembre de 2008 el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay aprueba la Ley 18.426 de Defensa de Salud Sexual y Reproductiva, donde se contempla una amplia gama de componentes como la anticoncepción, información y educación, embarazo y parto, orientación pre y post aborto, infecciones de transmisión sexual y cáncer, entre otros. En esta instancia tres capítulos de dicha ley fueron vetados por el Presidente Tabaré Vázquez -los cuales trataban el derecho al aborto - a pesar de contar con la aprobación del parlamento. Con su reglamentación en 2010, todas las instituciones de salud deben contar con equipos coordinadores de referencia y servicios de salud sexual y reproductiva. Deben garantizar además el acceso gratuito a métodos anticonceptivos entre otros.

En la actual coyuntura, Uruguay cuenta con un SNIS, el cual se formalizó con la Ley 18211, el día 5 de diciembre de 2007. El mismo plantea los derechos y obligaciones tanto de las instituciones privadas como públicas y de la misma forma los derechos y obligaciones que tienen los usuarios de dicho sistema. Siguiendo con lo establecido por dicha ley, en el 2008 el MSP, en Dirección General de la Salud, el Programa de la Salud Mujer y Género pone a disposición de la población, las “Guías de Salud Sexual y Reproductiva”. Esta guía se divide en varios capítulos que abordan diferentes temáticas. Cabe señalar que las Guías, son un instrumento para la comunicación y sirve para registrar y transmitir la información respecto al funcionamiento de una

¹⁵ CNS Mujeres por Equidad, Democracia y Ciudadanía (2005): Uruguay y políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de lo hecho las acciones del futuro.

organización; es decir, es un documento que contiene en forma ordenada y sistemática la información y/o las instrucciones de ejecución operativo-administrativas de la institución, en este caso desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Una de las guías se titula; “Normas de Atención a la Mujer en el proceso de Parto y Puerperio” donde se plantea; que “El objetivo principal de estas Normas es proporcionar las herramientas necesarias a los equipos de salud, buscando la calidad y eficacia basándose en el más alto nivel de evidencias científicas que puedan asegurar que la atención de la mujer en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio sea eficiente, integral, personalizada y humanizada” (Normas de Atención a la Mujer en el proceso de Parto y Puerperio; 2008:9). Se plantea a través de estas normas reorientar los esfuerzos en torno a un embarazo y parto en donde la mujer tenga una participación activa.

Siguiendo en esta línea, en el año 2010 el MSP, La Dirección General de la Secretaría, Departamento de Programación Estratégica en Salud; presenta la “Guía para Implementar Servicios para la Atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las Instituciones Prestadoras de Salud”, donde se plantea que los prestadores de servicios tanto públicos como privados y que pertenezcan o no al SNIS deben contar con la “...creación de condiciones para la humanización del parto institucional; promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada en el trabajo de parto, parto y puerperio; información sobre posible intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y posparto con respecto a las opciones de las mujeres en el caso de existir alternativa” (Guía para Implementar de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en las Instituciones Prestadoras de Salud; 2010 :8).

Cabe señalar que en la elaboración de las Guía mencionadas anteriormente, se tuvieron en cuenta las recomendaciones planteadas por la OMS¹⁶ y se contó con el apoyo de ASSE. A través de estas publicaciones ASSE proyecta “...brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad,

¹⁶ Declaración de Fortaleza 1985.- www.who.int/es

accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con un enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derecho”¹⁷

A través de la creación y formulación de las guías creadas por el MSP y el apoyo de ASSE se puede observar la implementación de un cambio a nivel formal de la atención en el parto, donde se programa que la mujer y su entorno más cercano participen de dicho proceso. Para poder llevar adelante estos cambios y que logren efectivizarse en la cotidianidad, dichas guías legitiman el acompañamiento en el parto apoyándose en la Ley 17386¹⁸ de acompañamiento a la mujer parturienta. En este abanico de posibilidades la mujer puede optar por el acompañamiento de una persona que no esté involucrada emocionalmente con el proceso de embarazo, parto y puerperio y es ahí donde surge la posibilidad de que la parturienta pueda ser acompañada por una “doula”.

La doula es una persona que posee el conocimiento y la experiencia para acompañar a la mujer y su entorno más cercano durante el embarazo, parto y puerperio. Ella tiene la capacidad para informar sobre este proceso objetivamente y puede ofrecer un abanico importante de opciones para que la embarazada puede tomar sus propias decisiones y hacer uso de sus derechos con la mayor cantidad de información disponible (Ross; 2013)

III.2: Origen de la palabra Doula y estudios sobre las mismas

La palabra “doula” viene de la antigua Grecia, y refiere a una mujer que brinda servicios a hombres como mujeres. En el idioma griego la palabra doula tiene una connotación negativa, ya que se refería a una esclava. Es por ello que muchas mujeres que trabajan como doulas se describen a sí mismas como acompañantes de parto, o trabajo de parto.

¹⁷ (<http://www.asse.com.uy>)

¹⁸ “Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional” (Poder Legislativo <http://sip.parlamento.gub.uy>)

La antropóloga Dana Rahael es la primera persona en utilizar el término “doula” es su libro “Tender Gift: Breastfeeding” publicado en 1973; donde lo empleaba para referirse a mujeres que asistían a las nuevas madres en la lactancia y cuidado del bebé. Luego son los doctores investigadores Marshall Klaus y John Kennel quienes adoptaron el término “doula” en una investigación realizada en la década de los 70 en un hospital público de Guatemala para referirse a mujeres que proveían apoyo durante la etapa prenatal y posparto¹⁹.

Alva (2003) en su maestría en Ciencia realiza una investigación sobre “El Significado Psicológico de la Experiencia del Parto con el apoyo continuo de la doula: un estudio comparativo con Redes Semánticas Naturales” (Alva; 2003: 2), en el cual concluye que “...el parto tiene secuelas psicológicas que afectan profundamente a la mujer. Las evidencias de investigación de condiciones psicológicas como depresión post parto, desórdenes en el apego materno-infantil, desórdenes de estrés postraumático y fracaso para establecer o mantener la lactancia, se pueden reducir o prevenir, proporcionando a las mujeres, atención a sus necesidades de apoyo emocional de una manera constante durante el trabajo de parto” (Alva; 2003: 69) Según la evidencia presentada en este trabajo, “la doula ha surgido como una aportación positiva en la atención de mujeres en trabajo de parto, por enfocarse en las necesidades emocionales de la mujer. Además que ha mejorado algunos resultados obstétricos y refuerza la relación temprana madre-hijo y la lactancia al seno materno” (Alva; 2003: 38)

Otra investigación presentada por Valdés y Morlans (2005) en Chile, muestra en sus conclusiones que “existen pocas intervenciones en obstetricia avalada por la evidencia, que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una doula y son cada vez más las instituciones, que conociendo sus beneficios incluyen un programa de doulas en sus servicios”. (Valdés; y Morlans; 2005: 112)

¹⁹ RELACAUPAN- URUGUAY 2006-2007

Del mismo modo en Brasil en el 2009 Da Silva Santos y Nuñez presentaron una investigación titulada “Doulas en la asistencia al parto: concepción de los profesionales de enfermería”. Dicha investigación plantea como objetivo describir el concepto de los profesionales de enfermería sobre la participación de la doula en la asistencia a la mujer durante el trabajo de parto. El mismo confirma que dicho intervención resulta importante para la mujer que va a parir y el equipo de salud, ya que aporta conocimiento y apoyo en el trabajo de parto y parto, fortaleciendo el proceso.

III.3: Doula; significado y origen en Uruguay

El término Doula, en nuestro país comienza a surgir en documentos públicos a partir del 2009, con la implementación de las guías en atención al parto. Es en este punto donde podemos ubicar la presencia del rol de la doula, donde se la define (en el punto cinco del capítulo “Principios de la OMS para el cuidado perinatal” en la Guía Salud Sexual y Reproductiva) como “...una persona que se ha capacitado para acompañar a la mujer en el proceso del parto ofreciendo apoyo físico y sugiriendo medidas de comodidad a la mujer y a su acompañante. Las doulas no realizan ninguna tarea clínica ni médica (no indican tratamientos, ni realizan tactos vaginales, ni auscultan latidos fetales, ni asisten partos, etc.) y toda sugerencia o información debe ser ofrecida con la indicación de que la mujer en proceso de parto lo ratifique con su proveedor de salud (médico/obstetra partera)” (Guías en Salud Sexual y Reproductiva; 2008: 11)

III.4: Formalización del rol de la doula en nuestro país

En el año 2009 el IPU presenta formalmente el Programa de doulas y entrega los certificados de doulas comunitarias, en dicha instancia se contaron con la presencia de la directora en funciones, del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, la Dra. Cristina Grela. En la presentación se plantea que hasta el momento no existía el rol de la doula, el cual se afirma en la consagración de

la legislación (Ley 17386²⁰), la misma le da un marco al establecimiento del rol de la doula, como persona idónea, capacitada y dispuesta a proporcionar apoyo emocional y físico. En ese momento la coordinadora del Área de doulas del IPU Rosa Rinaldi aclara: "...una doula puede definirse como: "una persona, entrenada en la fisiología normal del parto, que provee de información, soporte emocional y físico a la mujer embarazada y su acompañante durante el proceso de nacimiento". (...) Una aclaración importante es que no son profesionales médicos o parteras, ni tienen una formación terciaria. Es una capacitación técnica que complementa los demás roles profesionales que intervienen en un nacimiento"²¹.

El rol de la doula comunitaria nace en el IPU y el mismo es definido como las personas que "brindan acompañamiento y asistencia en la salud perinatal a las embarazadas que se encuentran en contexto de exclusión y vulnerabilidad social, provenientes de las organizaciones con las cuales el IPU tiene convenio. Específicamente en esta área, la doula ofrece apoyo continuo e integral durante el embarazo, el período de parto y en el puerperio inmediato, favoreciendo la transición y adaptación hacia el nuevo rol maternal. Asimismo, se trabaja en la integración y fortalecimiento de otras personas allegadas y afectivamente significativas para las mujeres"²².

El curso de doula comunitaria comienza a dictarse en el año 2008 (anteriormente se realizaba una formación de dona Internacional²³), 2009 y 2010 se dictan curso anuales de formación en Uruguay. Es a partir de 2011 que se comienza a realizar 2 formaciones anuales, apoyadas por IPU (única entidad reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura para realizar cursos de formación de doulas) Teniendo una carga horaria de 10 horas teóricas cada 15 días, más 4hrs. del examen final y 30 horas prácticas, en las

²⁰Dispone que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. <http://sip.parlamento.gub.uy>

²¹Extraído de www.elobservador.com -Recuperado 2013.-

²² (<http://www.institutoperinatal.org.uy/es/doulas/programa.aspx> -Recuperado 2013

²³ Dona Internacional: significa que usted ha conocido a un alto nivel internacional, lo que garantiza a los futuros padres y sus proveedores de atención de la natalidad que va a respetar los más altos estándares de conducta y ética. Significa que están capacitados para apoyar a una mujer emocionalmente, así como educación para ayudarla a determinar los servicios y la información que necesita durante el parto y el parto. http://www.dona.org/develop/birth_cert.php Recuperado 10/4/2014.

cuales las estudiantes hacen dos acompañamientos a mujeres embarazadas de la comunidad carenciada, totalizando las 124 horas requeridas para la certificación. Las mismas estarán organizadas en módulos quincenales con contenidos teóricos, presentación de situaciones y prácticas en acompañamientos a mujeres embarazadas supervisadas por el equipo coordinador del Curso” (ANDOU)

CAPÍTULO IV: Análisis

IV.1: El parto vivido como un proceso médico

“Lo viejo se resiste a morir y lo nuevo no termina de nacer”

Antonio Gramsci

A lo largo de este documento hemos podido verificar que el proceso de medicalización ha favorecido a la expansión de la biomedicina como modelo hegemónico, al mismo tiempo ha puesto en evidencia sus límites y contradicciones en lo referido a la salud en general y en particular sobre el embarazo, parto y puerperio.

La intención del discurso medicalizado ha sido mejorar la seguridad del embarazo, parto y nacimiento, tanto de la madre como de su hijo, por lo tanto los procesos llevados adelante se han convertido en ritual de éste, por lo que muchas veces es un hecho despersonalizado y homogenizado en donde las mujeres son objeto de abuso.

“...un mes y medio después me saltó que tenía una fisura. A los dos días cuando fui a control me dijeron que tenía infección, aparte de eso, yo tenía un fuerte dolor en la cola (ano) y me dijeron en la puerta de emergencia, que fui varias veces que eran hemorroides, hasta que di con un médico que me paso a cirujano y ahí me dijeron que era una fisura producto de la fuerza que había hecho en el parto. Que para que no me operaran tenía que hacer una dieta estricta y reposo durante veinte días, esto me generó en el trabajo problemas porque me pase de los días que puedo faltar a mi trabajo. Y el médico que me mandaron de mi trabajo me dice que no fue por el parto la fisura. Pero yo desde el parto tengo ese dolor... y bueno”. (Mujer acompañada por doula A)

“... yo me había planificado tener dos hijos y después de ahí dije; “nunca más paso por esto” porque sufrí mucho en el puerperio, muchísimo. Tuve una depresión post parto, después de ese embarazo, viste la angustia, sumada al dolor que sentía en los pechos, me tiraban los puntos, tenía un corte bastante grande. (Mujer acompañada por doula M)

Puede decirse de las entrevistas realizadas, que estas mujeres fueron relegadas a una actitud de pasividad y así “acaban sufriendo más tarde (muchas veces de forma oscura e inconsciente) el resultado de estas interferencias a través de múltiples formas: depresiones postparto, morbilidad aumentada por los excesivos rituales, dificultades en la sexualidad” (Jones; 2007: 140). Del mismo modo, podemos observar que las mismas fueron vulneradas en sus derechos, ya que no se les informó de cómo debían llevar

adelante el cuidado de su post parto y qué consecuencias podrían tener con las intervenciones realizadas.

Otro aspecto a destacar de las entrevistas, es que cuando la mujer ingresa al centro hospitalario se le realizan intervenciones y procedimientos sin informar debidamente, ni respetando sus tiempos, colocándola en un lugar de vulnerabilidad, además de ser invadidas en su privacidad,

“...el médico me hizo varios tactos vaginales y... no respetaba por ejemplo cuando me venía la contracción, no esperaba que se me fuera la contracción, él seguía, en ese momento se siente muy expuesta, porque estas con una contracción y necesitas concentrarte para enfocarte, y es complicado cuando viene el médico a hacerte un tacto vaginal que duele”. (Mujer acompañada por doula M)

Como mencionáramos, la cultura del parto tecnológico, coloca a la mujer en un papel secundario y pasivo, de receptora de intervenciones con las que simplemente debe “colaborar”. El tipo de procedimiento llevado adelante no promueve decisiones informadas, sino que por el contrario, realiza intervenciones médico quirúrgicas rutinarias como si fueran la única opción existente y en general, sin solicitar consentimiento. Como lo confirma esta cita,

“En el momento del parto, no me dijeron que me iban a cortar, ni me enteré tampoco, me enteré después que se fueron todos con el bebé. Yo veía que seguían, y ahí me dijo que me estaba cosciendo, y me dieron ocho puntos. Que hasta hoy estoy muy molesta. Fue lo que más me molestó en el momento posterior, a los días posteriores, a los meses después, hasta ahora, ahora me molesta (...) no me avisaron que me iban a cortar (...) y no me podía tocar del dolor”. (Mujer acompañada por doula A)

Las citas extraídas de las entrevistas, nos permite develar que algunas prácticas obstétricas llevadas adelante colocan al médico en un lugar de poder y saber, centrándose en el procedimiento y sin informar a las mujeres de las intervenciones que se realizan. Estas prácticas institucionales se constituyen en rutinas y muchas veces atentan contra la integridad de la mujer. Esto nos permite visualizar que se reafirman las bases de la hegemonía médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento.

IV.2: El parto: de la información al ejercicio.

De las entrevistas realizadas a mujeres acompañadas por doulas, se observa que las mismas por momentos pudieron lograr ejercer sus derechos a partir de la información transmitida por la doula, quien acompañó su proceso de embarazo, parto y puerperio. Incluso la entrevistada A, quien fuera sometida a una episiotomía sin previo aviso, da cuenta de cómo en otros momentos sí pudo plasmar la información obtenida.

“La verdad yo siento que pude poner en práctica la información que me dio mi doula. En todo momento preguntaba que hacían y que iban hacer. También porque tenía el conocimiento”. (Mujer acompañada por doula A)

“...lo que si me tranquilizó mucho fue toda la información que pude recibir en ese momento, por parte de mi doula, cosa que no recibí con el embarazo anterior. (Mujer acompañada por doula M)

Se evidencia que la información brindada por la doula generó en estas mujeres un mayor poder de decisión sobre las intervenciones que les fueron realizadas, ya que tuvieron la posibilidad de preguntar y ser consideradas durante el procedimiento. En la siguiente cita, se confirma la necesidad de comunicarle al médico que se tuviera en cuenta determinados derechos a la hora de realizarle intervenciones,

“Cuando llegó el médico, mi doula se quedó, y el médico me dijo; que me iba poner oxitocina, y yo le dije; “que no quería oxitocina que quería misoprostol”. Y él me dijo; que eso había que ver, y yo le dije; “que sabía que el misoprostol desencadenaba un trabajo de parto más lento que la oxitocina, y menos de golpe, y eso me daba tiempo para aprontarme para el parto, así que no quería la oxitocina”. Y él me dijo; “que iba a ver porque no se autorizaba para todo el mundo”, y yo le dije; “que me parecía que tenían que autorizarlo porque era un pedido que yo había hecho, y no había nada negativo de por qué no me la podían poner al misoprostol”, y bueno me dijo; “que iban a ver”, y se fue. Y aparece al rato, para hacerme tacto, para ver cómo estaba el bebé y bueno... me hizo tacto, me movió la panza, y me dijo; que él bebe estaba muy atrás. Entonces me iban a poner el misoprostol, porque si no con la oxitocina no lo iba a lograr. Porque el desencadenante que te da el misoprostol no se iba a lograr con la oxitocina. Porque te da más tiempo para hacer el trabajo de parto. Bueno ese fue el primer logro digamos”. (Mujer acompañada por doula M)

Esto nos permite observar el empoderamiento por parte de la mujer, generando un desarrollo de confianza en sus propias capacidades. Obteniendo así una transformación en las relaciones de poder, ya que esta mujer logra tomar sus propias decisiones. Esto genera que la mujer se construya como sujeto con derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Ya que esto implica el acceso a los recursos necesarios para obtener la mejor atención, con los mejores resultados posibles.

De la cita antes expuesta se puede decir que esta mujer toma conciencia de su realidad y con la información obtenida ejerce su derecho de opinar sobre su trabajo de parto y parto, pudiendo discernir sus anhelos y sus intereses y así elegir las mejores acciones para concretar dichas elecciones. Se desarrolla así una mayor autonomía en el plano de la reproducción a partir del desarrollo de la capacidad de negociar con el otro desde un lugar de equidad y no desde posiciones subordinadas. Esto implica identificar, conocer y significar las propias necesidades, buscando una satisfacción propia dentro del marco de respeto hacia el otro y a las propias necesidades.

Otro aspecto que tiene que ver con el enfoque del trabajo de la doula es que las mismas no interceden por la mujer que va a parir, simplemente transmiten la información necesaria para que la parturienta y su entorno ejerzan sus derechos a partir de la información transmitida.

“... y cuando llegó mi doula, le pregunté bien qué era lo que podía pasar, en el caso que no se diera el parto como yo quería, y ella me dijo; que yo podía pedirlo, pero que ella no podía hacer nada, que ella me daba la información a mí, y yo era la que tenía el poder de decisión, y era la que tenía que negociar con el médico”. (Mujer acompañada por doula M)

De la información recabada de las entrevistas se evidencia, que las mujeres obtienen la información por parte de la doula que por momentos les va a permite ejercer sus derechos como sujeto y no como objeto. Afirmando su corporalidad, su autoestima y sus decisiones. Esto se ve reafirmado en el testimonio de una de las entrevistadas cuando nos cuenta lo vivido en su trabajo de parto,

“...yo les dije que no estaba dispuesta a que me pincharan. (...) Me dijeron; “¿por qué?” quedaron impresionadas. Y lo que más me llamó la atención es que la doctora antes de pinchar pregunto qué hora era y dijo; “vamos a pincharlas” “vamos hacerle eso” y yo dije; “¿por qué?” Primero era; porque querían apurar la situación y...me dijo “¿por qué no quería?” Yo le dije; “que no había necesidad, que estaba haciendo un trabajo de parto para mí bien y rápido, que llevaba dos horas nada más, que si venía de esa forma yo no iba a dejar que me pincharan” Y bueno así fue que a la hora yo estaba teniendo familia. Y lo argumentos que daban ellos era que ellas rompían la bolsa que iba hacer más rápido el trabajo... iba a sufrir menos!!! E iba hacer más rápido el trabajo de parto. (Mujer acompañada por Doula A)

Al mismo tiempo, esta cita evidencia que los médicos “entre otras cosas, son esclavos del reloj, que en la pared dice que el nacimiento debe ocurrir dentro de un plazo preestipulado. Las mujeres deben adaptarse al sistema y no al

contrario” (Jones 2007: 88). Sin embargo, a pesar de lo planteado por el médico, esta mujer pudo lograr que no se le realizaran intervenciones innecesarias, como la ruptura de membrana²⁴ que no permitiría un normal desarrollo de su trabajo de parto y parto. Este testimonio reafirma lo trabajado hasta el momento, no hay casi lugar a la atención individual, por lo tanto los tratamientos no se centran en la persona y no importan las características y las subjetividades de la mujer que está viviendo el proceso.

A pesar de que es claro que cada mujer y su entorno más cercano tiene sus propias necesidades y anhelos, al momento de ingresar al sistema de salud, se homogenizan los tratamientos dejando muchas veces a los involucrados en un lugar de pasibilidad. Por lo tanto, se hace necesario dilucidar las necesidades y demandas de la mujer y su entorno, para que puedan ejercer sus derechos de manera clara y específica. Esto les va a permitir correrse del lugar que se los ha colocado desde el paradigma dominante.

IV.3: Las doulas: ¿transmiten conocimiento y derechos?

De los testimonios obtenidos de las doulas podemos observar que las mismas transmiten los derechos que tienen las mujeres en su embarazo, parto y puerperio, apoyándose en la información que se encuentra disponible y avalado por nuestra sociedad.

“Nosotros antes de ir al sanatorio, o al hospital con la mamá le... hablamos de todos los derechos que tiene. (...) porque nosotros consideramos que hay que empoderar a la mujer antes”. (Doula R)

“... nosotras lo que hacemos es en base a lo que hay, darlo a conocer a las mujeres y conversar en base a eso, los derechos que ellas tienen de elegir y saber que pueden decir no quiero tal cosa, si no hay peligro de vida tanto para el bebé como para la mamá. En base a esas guías nosotros (...) profundizamos con la mujer, dependiendo también de lo que la mujer desee”. (Doula R)

“...le damos los derechos, le hablamos sobre la lactancia, (...) Nosotras ya le damos material específico” (Doula A)

Estos derechos son transmitidos de manera detallada y lo más claramente posible. Así lo expresan estas dos entrevistadas,

²⁴ Toda embarazada tiene derecho a un parto natural, y a negarse a intervención innecesaria: rasurada, enema, rotura de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo. (RELACAHUPAN; 2007: 17)

“Sacamos lo más importante, el tema de la rutina de las recomendaciones de la OMS, que no tiene que ser rutina por ejemplo; el rasurado, el enema, la episiotomía, la ruptura de la membrana, el corte temprano del cordón”. (...)Y bueno enseñarlos explicarlos y especialmente el tema de los derechos... fundamentalmente en base al tema de los derechos, el derecho de cada mujer y de cada hombre, de poder hacer uso de su sexualidad de la forma más placentera y respetuosa posible”. (Doula R)

“Por ejemplo; el saber que pueden caminar durante el trabajo de parto, y darse una ducha. También puede comer, tomar agua, o algún otro líquido” (Doula A)

Del mismo modo, las mujeres que fueron acompañadas por las doulas nos narran la información que les brindan las mismas en el momento de sus encuentros,

“Me informó todo lo que tenía que ver con los derechos en el embarazo, también los derechos del bebé. La reglamentación del MSP, lo que estaba permitido o lo que no estaba permitido que te hicieran. El tema de la rasurada, que ya no se utilizaba, por lo tanto no tenía por qué hacerla (...). Me habló de la ley de acompañamiento. También que podés elegir la posición más cómoda, me habló de la episiotomía” (Mujer acompañada por doula A)

“Con mi segunda hija yo sabía cuáles eran mis derechos. A la hora de decidir me interno y estoy acompañada de mi esposo. También sabía que me podía mover, o si quería me quedaba en la cama. Me explicó más sobre los derechos que tenía yo como mujer embarazada cuando fuera a parir” (Mujer acompañada por doula M)

Se visualiza, que las doulas transmiten la información necesaria para que las mujeres a la hora de transitar por la institución salud cuenten con los conocimientos necesarios para efectivizar sus derechos, apoyándose en la información recibida.

Al mismo tiempo, podemos decir que las doulas se encuentran en constante actualización de la información sobre el embarazo, parto y puerperio. Para así reafirmar y generar conocimiento en todas las áreas que se encuentran relacionadas con dicho proceso. Como bien lo expresa una doula en la entrevista;

“...ahora estamos haciendo cursos de psicología perinatal, o sea no para ser psicólogas, sino para seguir entendiendo cosas y poder comprender más a las mujeres”. (Doula R)

El ampliar el conocimiento les va a permitir una mejor atención a las mujeres y en paralelo reafirmar su rol. La construcción de conocimiento permite llegar a una convivencia respetuosa, pero participativa del parto institucionalizado. Es importante destacar que el conocimiento será más sólido en la medida que sea proveniente de varias áreas relacionadas con el parto.

Por lo tanto, se evidencia que la doula no tiene una preparación académica específica, el conocimiento y la información que transmiten habilita la conjunción de otras perspectivas, pudiendo articularse con los conocimientos científicos hasta el momento establecidos.

Sin embargo, si bien no se cuenta con una base empírica en esta monografía, cabe la reflexión sobre el comportamiento que adopta cada doula considerando que su subjetividad puede permea la forma que transmite la información y la misma puede generar algunos cambios en la forma de llevar adelante la información obtenida por parte del otro.

IV.4: La mujer invisible: la doula

Si bien la OMS recomienda que la mujer sea acompañada por otra mujer en el proceso de trabajo de parto y parto (y esto se visualiza en los diferentes documentos analizados anteriormente) por lo general, esto no sucede en la realidad concreta. Debemos comprender que el embarazo y parto, no es un asunto puramente biológico, sino que es una actividad social, que se encuentra determinada por diferentes condiciones políticas y socioculturales que establecen un modelo de atención basado en una ideología de reproducción.

Al trasladarse los partos al hospital el acompañamiento fue eliminado, lo que generó que por muchos años las mujeres hayan debido tener sus partos con apoyo esporádico de algún miembro del equipo de salud. Solo en los últimos tiempos se ha permitido la presencia de un acompañamiento a partir de la regulación de la ley 17.386 en nuestro país. Por lo tanto, el acompañamiento pasa a ser un derecho y no una concesión.

Si bien hace muchos años que se viene trabajando sobre este tema por diferentes movimientos sociales, son pocas las mujeres que son acompañadas por una mujer que se dedique hacerla sentir mejor en el trabajo de parto y en el parto. A pesar de haber estudios que verifican los efectos positivos del acompañamiento de la doula durante la experiencia del embarazo, parto y

puerperio, de las entrevistas realizadas a mujeres que han sido acompañadas podemos confirmar esto,

“Me dio mucha tranquilidad, mucha tranquilidad. Una sensación de apoyo impresionante, y... mucha contención”. (Mujer acompañada por doula M)

“Por falta de seguridad. (...) Porque también me faltaba mi mamá. Este... sentía por ese lado, que necesitaba un apoyo más emocional, que fue lo que me brindó (...). A mí me generó seguridad y confianza” (Mujer acompañada por doula A)

De estos testimonios se desprende que no solo se transmite conocimiento e información sobre partos y nacimientos, si no que también las doulas trabajan sobre los miedos, las sensaciones, las emociones y los afectos, lo cual lleva a mejorar el proceso de la mujer a la hora de parir. Estas dimensiones no son cubiertas por el equipo médico y muchas veces tampoco por el entorno más cercano.

En el proceso de parir se viene dando de forma paulatina la reorganización del mismo, a partir del parto humanizado, en donde son planteadas como prioritarias y necesarias estas dimensiones. Para lograr obtener un parto con la menor cantidad posible de intervenciones. Es por ello que se hace necesario generar los mecanismos tangibles para garantizar que sean valoradas y atendidas estas dimensiones.

IV.5: Hecha la ley, hecha la trampa

En concordancia con los lineamientos planteados en las conferencias de El Cairo y Beijing, en agosto de 2001 el Parlamento Uruguayo aprueba la Ley N° 17.386 sobre acompañamiento de la mujer durante su trabajo de parto y parto. Antes de dicha ley la situación en Uruguay era que la mayoría de las mujeres no recibían apoyo psicoemocional durante su trabajo de parto y parto (Abracinskas; y López; 2009). En marzo de 2006 se decreta la reglamentación de la misma, haciéndose obligatorio en todos los servicios, tanto público como privado. Los mismos deberán informar a la mujer sobre este derecho con suficiente antelación en los diferentes niveles de atención durante el embarazo.

Las doulas entrevistadas consideran que el cambio de legislación uruguaya ha sido muy positivo para el respeto de los DDSS y DDDR de las mujeres,

“Gracias a esa ley ahora en todas las instituciones se puede acompañar a la mujer en el nacimiento de los hijos, en todo el trabajo de parto, y después verdad? Antes las mujeres estaban solas, hacían el trabajo de parto solas y estaban solas”. (Doula R)

“...la mamá tiene el derecho de que entre un acompañante, si la mamá está sola, nosotros entramos con la mamá y le damos la bienvenida a ese bebé y la acompañamos en ese momento”. (Doula A)

La existencia de esta Ley se configura como una herramienta básica para el trabajo de las doulas, ya que es utilizada como información y respaldo para las familias y la mujer embarazada.

“...vos estate atento, si se te cierra la puerta vos metete, porque es tu derecho y en el bolso del bebé pone la ley de acompañamiento y cuando te digan algo saca la ley” (Doula M)

Al mismo tiempo que las doulas informan sobre esta ley, explican que la misma es clara al expresar que solo puede entrar una persona con la mujer embarazada para acompañarla. Esto ha generado en alguna oportunidad que en la práctica, la mujer se vea en la disyuntiva de tener que elegir el acompañante a la hora de vivir este proceso, como es expresado en la siguiente cita;

“... ella y mi marido a la vez no podían estar en la sala. Pero muchas veces por más que con mi marido me llevo espectacular y entendía todo al pie de la letra, yo quería estar con ella por el tema del conocimiento del cuerpo, del embarazo la tiene clarita”. (Mujer acompañada A)

Si bien esta ley ha sido un gran avance a nivel de derechos, al mismo tiempo ha generado algunas dificultades para las doulas a la hora de acompañar a la mujer en su trabajo de parto y parto. Ya que ellas son consideradas como acompañantes de la parturienta. Por lo tanto, algunas veces apoyados en esta ley, el equipo de salud justifica la salida de la doula del proceso.

“A veces se agarran de esa ley, un solo acompañante y a la doula no nos permiten acompañar y contener, tanto a la embarazada que está en trabajo de parto, como a su referente que también va a ser papá y necesita contención”. (Doula R)

Esto va acompañado de que en algunas situaciones las mujeres que van a parir son muy jóvenes y quieren estar también acompañada por su madre, o referente de confianza además de su pareja.

“Porque la ley de acompañamiento dice que la mujer tiene derecho a estar acompañada por una persona y qué pasa si tiene a la mamá y a la abuela. Fíjate que las adolescentes quieren estar con su pareja, pero también con su mamá” (Doula M)

“...y a veces le hacen elegir a la mujer cuál de los dos. Nosotros no dejamos que elijan salimos nosotros y a veces nos turnamos”. (Doula R)

Otro factor que se destaca del trabajo de las doulas, es que ellas procuran no ocupar espacios que pertenecen a otros referentes familiares, ya que esto iría en contra de su filosofía de trabajo. Ellas trabajan no solo en el empoderamiento de la mujer en su parto, también en el fortalecimiento de los vínculos paternos y familiares.

“La doula pasa en la vida de las mujeres, no podemos ocupar lugares, y menos habiendo referentes familiares, no corresponde” (Doula R)

“...nosotras promovemos que ese vínculo sea mejor con la pareja, con la madre, con una hermana” (Doula A)

De las entrevistas realizadas a las mujeres y las doulas se puede decir que si bien la Ley puede valorarse como positiva, aún hay obstáculos y vacíos que deben enfrentarse y buscar superar. Ya que por un lado, al ser tan específica en torno a la cantidad de acompañantes, limita el ingreso de las personas a la sala de trabajo de parto y parto. Por otro lado, las doulas muchas veces no son legitimadas en su rol, sino que son tomadas en cuenta como acompañantes familiares y como vimos esto genera dificultades, no solo para la doula que se le dificulta realizar su trabajo, sino también para la mujer que va a parir y su entorno más cercano.

Es significativo aclarar que esta Ley es un paso muy importante en el camino a recorrer hacia la humanización del parto ya que ha generado que la mujer tenga el derecho de vivir su parto acompañado. Al mismo tiempo rompe con el binomio madre- hijo habilitando a que se tenga en cuenta una de las tantas necesidades que tiene la mujer a la hora de vivir su parto, que es el hecho de sentirse emocionalmente acompañada y contenida.

IV.6: Lo Instituido y lo Instituyente²⁵

Como hemos podido develar a lo largo de este documento. El embarazo y el parto son abordados desde la institución salud en “donde se definen roles institucionales, médico y paciente en este caso” (Schvarstein; 1992:26) y al mismo tiempo describe modelos instituidos de su desempeño, colocando a los médicos en un lugar de saber, en contraposición de un paciente o usuario que viene a que lo curen, en el caso de la mujer parturienta a ser asistida en su parto, mediatizado por una atención o tratamiento administrado, en general a un sujeto pasivo. (Schvarstein; 1992; Jones; 2007).

Por lo tanto, lo instituido comprende aquello que está establecido, “que son el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social” (Schvarstein; 1992: 26), según plantea el autor, esto es una mera expresión del orden social establecido. Para poder comprender los cambios sociales, es necesario visualizar la presencia de una fuerza instituyente, establecida como protesta y como negación de lo instituido. (Schvarstein; 1992).

Tomando lo expuesto por el autor, podemos ver que las doulas podrían interpretarse como parte instituyente de la organización, la cual busca desde su rol romper con lo establecido. Generando un movimiento dialéctico entre lo instituido y lo instituyente, a través de su rol no profesional, pero si técnico, que no le permite generar un espacio en dicha institución. Solo logra ser una fuerza instituyente a través de la información que le brinda a la embarazada y la persona más cercana de su entorno, para que logren hacer respetar sus derechos. Los cuales muchas veces no son tenidos en cuenta porque, “en un hospital, lo médicos no obedecen las reglas, ellos las crean. Están por encima de ellas” (Jones; 2007: 70) esto conlleva, por un lado, a que se dificulte el poder efectivizar la información transmitida por la doula, y por otro, a garantizar el libre ejercicio de la sexualidad de forma autónoma sobre la vida reproductiva, de acuerdo a los compromisos asumidos por el Estado Uruguayo.

²⁵ “Hay lo social instituido, pero esto supone siempre lo social instituyente. En épocas normales, lo social se manifiesta en la institución, pero esta institución es verdadera y a la vez falaz en cierto modo como lo indica los momentos en que lo social instituyente irrumpe y emprende su tarea”. (Lourau;1991: 89-90)

Del mismo modo, debemos tener en cuenta que los médicos son “adoctrinados, construidos y moldeados para obedecer un sistema que se auto-perpetúa para la repetición sistemática de valores” (Jones; 2007:75) y esto va generando este puje de fuerzas, donde lo instituido lucha con lo instituyente. En las entrevistas realizadas, podemos develar un claro reflejo de esta puja,

“Al principio no nos conocían, y no nos dejaban entrar, y teníamos que entrar a escondidas, y salíamos y nos sacaban estando el acompañante”. (Doula R)

“Nosotros con mucho respeto, jamás vamos a contradecir a un médico porque no le sirve a la mamá y no es nuestro rol. Y bueno cuando ellos se relacionan con nosotros, nosotros nos relacionamos con ellos. Sin ningún problema. Aunque hablando claramente a veces nos ignoran, o sea nos ignoran”. (Doula R)

Desde la perspectiva de Lourau (1991) podemos definir que se da una permanente puja entre lo social instituido, en la forma de atención del embarazo y parto que es tecnocrática y medicalizada y lo social instituyente un abordaje humanizado en dicho proceso, donde la mujer ocupe su lugar como sujeto de derecho y no como objeto del mismo. Los siguientes testimonios dan cuenta de este movimiento de instituido e instituyente,

“Pero hay mucha resistencia (...) Por eso los padres deciden y las cosas están cambiando porque los padres piden, que las cosas cambien. En realidad cuando las doulas se metieron y dijeron; ¡“esto no, tienen derecho a...”! Lo único que hicimos fue retroceder, porque ahí nos cierran las puertas y no entra ninguna otra doula”. (Doula A)

“... nos siguen echando, nos siguen sacando”. (Doula R)

“Nosotros no interferimos, nos presentamos a veces si estamos solas con la mamá, por supuesto que tenemos que hacer de intermediaria entre la mamá y... ver que es lo que ellos plantean, nunca decidimos por la mamá, jamás, todo lo que tengamos que hablar sobre los derechos lo hablamos con la mamá antes, y son ellas la que deciden, y pueden cambiar lo que decidieron antes”. (Doula R)

El rol de la doula junto con los DDSS y DRR se instalan para romper con lo instituido, efectuando prácticas que no se encuentran en concordancia con el modelo hegemónico. Ya que los equipos de salud se encuentran dentro de una filosofía de trabajo que se ha perpetuado por décadas. Por lo tanto, poder romper con este modelo de atención genera esta puja, constante entre lo instituido y lo instituyente.

Se considera que sería un ejercicio positivo que el rol de la doula comenzara a ser legitimado dentro de la institución salud. Esto le permitiría trabajar con un

mayor desarrollo y continuidad en las diferentes áreas que aborda. Del mismo modo, se debería generar mecanismos de control para el cumplimiento de los DDSS y DDDR tanto en los servicios públicos como privados del SNIS, permitiendo legitimar social y políticamente los mismos, promoviendo la igualdad y el derecho a decidir.

IV.7: Una mirada médica que sí integra el rol de la doula

La salud sexual y reproductiva no podrá ya ser pensada estrictamente en términos biomédicos, o demográficos cuantitativos. Requiere el aporte de otros elementos como la cultura, la política, la economía, las relaciones sociales, la ética y los valores. Y los derechos, en esta concepción tendrán siempre un sentido más preciso: la posibilidad de tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades, sea en el ámbito individual, sea en los ámbitos colectivos” (Correa; en Pérez; 2009: 68)

La cristalización del nuevo enfoque en DDSS y DDDR, ha sido la síntesis de un largo proceso de luchas sociales, en especial de movimientos de mujeres. Y si bien constituye un gran avance, igual desafío es bregar por su implementación y cumplimiento. Es a partir de este modelo de atención, donde se comienza a ubicar a la mujer como protagonista de sus partos, en donde se plantea un abordaje no medicalizado, integrándose prácticas y procedimientos más individualizados.

Esto ha llevado a generar la integración de otros roles al proceso de embarazo, parto y puerperio, como ser el rol de la doula entre otros. Según lo expresado por la doctora entrevistada, este rol le permitió, no solo ver el trabajo que ellas realizan, sino del mismo modo cuestionarse la forma de abordaje por parte de los médicos dicho proceso.

“Aportan millones de cosas. Aportan el cambio de mirada, te aportan poder entender que no todas las mujeres son iguales”. (Médica de familia)

“Me parecía que todo tiene una parte más positiva, entonces todo esto me ayudo a mí a ver la parte más humana de este trabajo de ellas y de lo que es el parto en sí” (Médica de familia)

Podemos evidenciar que la entrevistada pudo pensar fuera de los límites establecidos en su formación médica, respecto al acto de atender y de dar poder a las mujeres en el parto. Esto conlleva a darle protagonismo a la mujer y su entorno, tomando en cuenta sus necesidades de forma individual.

Por otra parte, la doctora visualiza claramente la importancia de que las doulas aporten su conocimiento y experiencia a los equipos de salud. Porque de esta forma se fortalece la atención a la mujer que está viviendo este proceso,

“Yo lo veo como súper importante y me parece que debería estar más institucionalizado, ojala que estuviera más apañado desde los sistemas de salud, el espacio de la doula ya sea trabajando con un médico de familia, con un ginecólogo, con la partera; porque es otra visión!!! Otra visión más humana o menos técnica, con menos tecnicismo me parece y favorece un montón”. (Médica de familia)

Podemos evidenciar que el rol la doula no ocupa otros espacios. Su trabajo se encuentra claramente definido y al mismo tiempo el aporte que realizan a dicho proceso no es cubierto por ningún integrante del equipo médico.

Retomando los aportes de Odent (2006) decimos que las doulas pueden jugar, un rol clave en dicho período, y esto se reafirma a través de lo expresado por la doctora sobre su experiencia;

“Entonces, yo tengo la suerte de haber trabajado con las otras tres otras especialidades que apoyan. Y yo creo que es importantísimo el acompañamiento de la doula, porque tiene otra mirada, otro tiempo”. (Médica de familia)

“...ojala estuviera más difundido el trabajo y capaz que más aceptado. Porque capaz que difundido ésta, pero capaz que no esta tan aceptado, porque realmente el trabajo que hacen es maravilloso”. (Médica de familia)

En la entrevista a la doctora, queda en evidencia que dicho rol esta difundido pero no aceptado dentro del mundo de la medicina. Esta afirmación va acompañada del pensamiento de las doulas entrevistadas, las mismas transmiten esta misma reflexión. Cuando una doula aparece en un hospital o centro de salud, esta suele ser vista con suspicacia por el personal de salud, por el temor de ser invadidos en sus roles profesionales.

Del mismo modo, podemos ver que la visión de la doctora reafirma lo trabajado hasta el momento sobre el rol de las doulas. Ya que las mujeres son tratadas por las doulas de forma personalizada, no son homogenizadas. A la vez visualiza que no todos los profesionales de la salud tienen esta mirada.

“...otra mirada y aportaban otra información para poder hacer un diagnóstico o un tratamiento más certero para esta mujer y no homogenizarlas en embarazadas. Porque no

son iguales, como que sirvió para ver la heterogeneidad de las mujeres. Pero te digo yo también tengo la visión... de que a mí me gusta y entiendo que tiene que ser así. Hay otros compañeros, otros colegas que ta!!! No". (Médica de familia)

Por otro lado, el testimonio de la doctora permite afirmar que dicho rol no solo trasmite conocimiento a la mujer que va a parir, también puede aportar a los equipos de salud experiencias y conocimientos desde una mirada más humanizada y menos medicalizada.

"... Y aprendí cosas que ellas me enseñaron a trasmitírselas a mis pacientes, técnicas de relajación para el parto, de respiración, del cuidado del post parto, lactancia, me enseñaron muchísimo, muchísimo. Me enseñaron pila y después que fui al curso... de parto humanizado vine maravillada. (...). Y yo siento que me aportaron mucho. (Médica de familia)

Si bien la doctora entrevistada confirma la necesidad de involucrar a las doulas en el proceso de embarazo, parto y puerperio, ya que su trabajo contribuye a mejorar dicho proceso, entiende que en la actualidad aún hay una fuerte resistencia al cambio de modelo de atención por parte de sus colegas ya que el abandono de un modelo que ha perpetuado por décadas requiere de tiempo, esfuerzo y compromiso.

La postura de la doctora se centra sobre todo en la necesidad de integrar más miradas al proceso del embarazo, parto y puerperio, esto conllevaría a trabajar multidisciplinariamente favoreciendo a la mujer en un proceso que hasta el momento se encuentra mediatizado por todo tipo de intervenciones, muchas veces innecesarias por parte del equipo de salud.

CAPÍTULO V

V.1 Algunas Reflexiones

“Sólo parirás a través de mí. Por mi mano sentirás en tu carne la lámina pesada que hiere tu cuerpo. Estarás marcada con la cicatriz eterna de mi presencia. Tendrás tu hijo por mis manos y por la obra de mi voluntad. Así bautizada, entrarás al círculo de la maternidad”
(Jones R. 2007: 57)

Este trabajo pretendió por una parte, abordar las normativas que existen en nuestro país para legitimar los DDSS y DDRR y por otro lado, el trabajo que desarrollan las doulas en su rol habilitante de los DDSS y DDRR que tiene la mujer en nuestra sociedad a la hora de vivir el proceso de embarazo, parto y puerperio.

En primer lugar, podemos afirmar que la Ley 18.426 Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva ha sido un gran avance para nuestra sociedad. Ya que ha permitido que los DDSS y DDRR sean considerados DDHH y por lo tanto sean inherentes a toda persona, independientemente de su clase social, sexo, género, orientación sexual, ubicación geográfica, etnia, ideas filosóficas o religiosas. Habilitando a la mujer y su familia a contar con la información necesaria, y siendo un instrumento de empoderamiento que permite decidir de forma segura y confiada sobre las diferentes intervenciones que se pueden vivir en el proceso de embarazo, parto y puerperio; intervenciones que muchas veces pueden ser necesarias pero que no deben ser tomadas desde el miedo y la desinformación.

Sin embargo se considera necesario generar mecanismos de control sobre dicha ley, para crear condiciones que posibiliten un proceso de construcción de autocuidado sobre la base del autoconocimiento y disfrute del cuerpo, sobre el respeto y la integración del otro en tanto también sujeto de derecho. Ya que como se vio en las entrevistas, muchas veces estas condiciones no se dan. Es por ello que se hace necesario también acompañar y estimular a la mujer en la toma de decisiones referente a lo sexual y reproductivo de manera informada y responsable.

Otra de las principales conclusiones que se extraen de las entrevistas refiere a la ley de acompañamiento y cómo ésta se visualiza tanto por mujeres, como por doulas como un cambio positivo para la vivencia del embarazo, parto y puerperio el encontrarse legitimado el derecho de ser acompañada en dicho proceso. Sin embargo, se hizo evidente en las entrevistas que los equipos de salud son estrictos a la hora del cumplimiento de la misma, habilitando el ingreso de una sola persona a la sala de trabajo de parto y parto. Lo que ha generado que por momentos las doulas no puedan realizar su tarea de forma continua. Del mismo modo, se visualiza al respecto que muchas veces la mujer parturienta tiene que ponerse a decidir por quien quiere estar acompañada y eso podría dificultar el trabajo de parto y parto.

De los datos relevados y los testimonios obtenidos podemos ver que el conocimiento acreditado para la atención del embarazo, parto y puerperio es el biomédico, esto genera que no se fomente la existencia de redes de apoyo, como mecanismos de sostén social y de transferencia de conocimiento. Se privilegia una atención centrada en la esfera fisiológica, en desmedro de lo afectivo.

En esta misma línea de análisis, se puede verificar a través de los testimonios, que por momentos ha sido difícil para las doulas realizar su trabajo, ya que el mismo se encuentra alineado en un trabajo no intervencionista y no médico. Esto ha generado resistencia por parte del equipo médico y su inserción en el mismo depende en gran medida del equipo de salud que se encuentre en el momento del trabajo de parto y parto.

Se verificó a través de los testimonios obtenidos que las doulas trabajan y abordan temas con las mujeres, que los integrantes del equipo de salud trabajan ni aborda. Como por ejemplo sus derechos, sus miedos y sus desconocimientos. Esto lleva a generar muchas veces en las mujeres un involucrarse y empoderarse de su parto logrando poner en palabras sus derechos y necesidades de forma consiente e informada. Si bien no siempre pueden lograr obtener todo lo que necesitan, al expresar sus derechos logran

romper con el hecho de que “sólo los médicos pueden decidir sobre el destino del nacimiento humano” (Jones; 2007: 172), el parto para los miembros del equipo de salud es un acto médico, no un evento humano.

Por lo tanto, se hace fundamental seguir trabajando sobre los derechos que tiene la mujer y su familia ya que “el reconocimiento de los saberes de los “otros” es básico para lograr, junto con el equipo de salud, una población de usuaria activa y partícipe del cuidado y la atención de su salud” (Schiavoni; y Fretes; 2011: 187)

En relación a lo anterior, podemos decir; que “pensar en cambiar la visión del parir y el nacer supone efectuar cambios en la forma en que vivimos, en cómo vemos a “los otros”, “al otro”, en cómo entendemos los códigos que la naturaleza tiene para nosotros, en cómo nos relacionamos con la tierra, en cómo nos entendemos como parte de un sistema en el que todos los acontecimientos afectan al conjunto de seres vivos. Es el cuestionamiento a nuestras actuales posiciones, al balance entre ciencia, arte e intuición, y entre medicalización y confianza”. (Gil 2009: 107)

En paralelo, se puede evidenciar que a pesar de los diferentes lineamientos que se han ido implementando para la atención al parto en nuestro país, no se ha logrado disminuir los partos por cesáreas. Esta situación ha generado diferentes complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud. Por lo tanto, “el parto, que debería ser un proceso de profundo empoderamiento femenino, acaba convirtiéndose, la mayoría de las veces, en un proceso de fortalecimiento de los médicos, de las instituciones y de los valores tradicionales, manteniendo a la mujer y a lo femenino en una posición inferior y subalterna” (Jones; 2007: 139) Esto nos lleva a pensar en la posibilidad de comenzar a implementar política de control sobre los equipos de salud, para así lograr romper con el modelo preponderante y comenzar a instalar intervenciones desde un modelo más humano.

Por otra parte, podemos decir que las leyes mencionadas esta se encuentran a disposición en varios portales digitales y de fácil acceso. Y al mismo tiempo

verificamos que las mismas se ven apoyadas y reforzadas a nivel de nuestra sociedad, a través de normas, protocolos y guías que reafirman dichos derechos y orientan no solo al personal de salud, también a la mujer y su entorno más cercano para saber de forma clara cuáles son sus derechos en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Democratizar esta información sobre los derechos que se tienen, va a tener como consecuencia la disminución de abusos de poder que las mujeres pueden vivir en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Por lo tanto, se hace necesario conocer, apropiarse y sensibilizarse ante los mismos.

Para ello se hace necesario seguir trabajando en la visibilización de dichos derechos no solo con la mujer que va a parir, sino también con los equipos de salud, para de esta forma generar un cambio en la visión de las instituciones y sus equipos, situación que hasta el momento según los testimonios aportados no se han conseguido alcanzar.

Este tipo de abordaje permitiría trabajar de manera multidisciplinaria, donde cada integrante del equipo aporte desde su disciplina, teniendo en cuenta que el embarazo, parto y puerperio no deben ser abordados desde prácticas institucionales concretas que no toman en cuenta la singularidad de cada mujer y su entorno.

Por último, podemos concluir que el gran desafío en general de la sociedad es buscar que esto no quede solo en la teoría, a nivel formal sino que también se reproduzca en la práctica. Para hacer posible el ejercicio de ciudadanía no basta con formular leyes, guías y protocolos, es necesario a través de la práctica diaria y de la intervención reflexiva, habilitar realmente el ejercicio pleno de los derechos. Tal vez generando nuevos espacios donde la mujer pueda cuestionar y revalorizar su situación a la hora de vivir el embarazo, parto y puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abracinskas, L (2001). “*El problema social del aborto Un asunto de intolerancia*”. Artículo Publicado por el Suplemento Bitácora del Diario La República. Montevideo – Uruguay.
- Abracinskas, L Y Lopez Gomez, A (2004): *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Proyecto DAWN. Reformas del Sector Salud, Mortalidad Materna y Aborto en América Latina y El Caribe. MYSU. Mujer y Salud en el Uruguay. Montevideo- Uruguay.
- Abracinskas, L y López, A (2009): *El Debate Social y Político Sobre la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*. Cuadernos de UNFP. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Uruguay. Año 3. N° 3. Julio 2009. Serie Divulgación. Ediciones Trilce. Uruguay.
- Alva, I (2003): *El Significado Psicológico de la Experiencia del Parto con el Apoyo Continuo de la Doula: Un Estudio Comparativo con Redes Semánticas Naturales*. Universidad de Colima. Maestría en Ciencias Área en Psicología Ampliada. Tesis para obtener el Grado de Maestría en Ciencias. Asesor: Jorge Torres Hernández. Colima- México.
- Aquín, N (2003): *En torno a ciudadanía*. En Aquín, N (Comp.) Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires- Argentina.
- Barrán, J (1993): *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. Segunda reimpresión.
- Barrán, J (1995): *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Barranco Avilés, M (2009): *Derechos civiles y políticos de las mujeres*. En II. Buenas Prácticas en Derechos Humanos de las Mujeres. África y América Latina. Universidad, Género y Desarrollo. Colección Cuadernos Solidarios N° 4. Coordinadores; Estefanía Molino y Nava San Miguel. Oficina de Acción Solidaria y Cooperación. Universidad Autónoma de Madrid. Ediciones UAM. España.
- Baron, A y Boris, E (2008): *El cuerpo en el trabajo y el trabajo sobre los cuerpos. En El cuerpo y sus espejos. Comp. Teresa Porzecanski. Estudios antropológicos- culturales*. Editorial Planeta. Montevideo Uruguay

- Bernis, C (2009): Reproducción y Derechos de Salud Sexual y Reproductiva. En II. Buenas Prácticas en Derechos Humanos de las Mujeres. África y América Latina. Universidad, Género y Desarrollo. Colección Cuadernos Solidarios N° 4. Coordinadores; Estefanía Molino y Nava San Miguel. Oficina de Acción Solidaria y Cooperación. Universidad Autónoma de Madrid. Ediciones UAM. España.
- Blázquez, M (2005): *Aproximación a la Antropología de la Reproducción*. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, julio-agosto, número 042. Antropólogos Iberoamericanos en Red. Madrid- España.
- Castro, R (2010): Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En Poder Médico y Ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Aportes y desafíos en la investigación regional. Editores Roberto Castro, Alejandra López. Facultad de Psicología. Cátedra libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. UdelAR.
- CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (2005): *Uruguay y políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de lo hecho las acciones del futuro*. Edición De la CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía. Montevideo- Uruguay
- Correa, S (2003): *Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política. Campaña por la Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay. 2 Aportes al Debate*. Esta publicación ha sido realizada por MYSU-
- Da Silva Santos, D y Nuñez, I (2009): *Doulas en la asistencia al parto: concepción de los profesionales de enfermería*. Pesquisa Research-Investigaciones. Revista Enfermería 2009. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 582-88. Brasil.
- Davis- Floys, R (2009): *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Editorial Creavida. Buenos Aires.
- De Martino, M (2008): *El cuerpo del olvido: trabajadoras en contextos de incertidumbre*. En *El cuerpo y sus espejos*. Comp. Teresa Porzecanski. Estudios antropológicos- culturales. Editorial Planeta. Montevideo-Uruguay.
- Dickason (1995): *Enfermería Materno Infantil*. Editorial Mosby/Doyma. Madrid. España.
- Erviti, J (2010): Construcción de los objetivos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones

- médicos- usuarias de servicios ginecológicos. En Poder Médico y Ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Aportes y desafíos en la investigación regional. Editores Roberto Castro, Alejandra López. Facultad de Psicología. Cátedra libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. UdelAR.
- Faúndes, A (2004): *El falso dilema de estar a favor o en contra del aborto. Aportes al Debate. Campaña por la Defensa de la Salud Reproductiva en el Uruguay*. 3. MYSU. Editorial Rosgal. Montevideo. Uruguay.
 - Fernández, A (2006): *Poder y Autonomía: Violencia y Discriminación de Género. Agencia Laín Entralgo*. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Ana María Fernández Profesora e Investigadora. Universidad de Buenos Aires. República Argentina. Madrid.
 - Foucault, M (1990): *Michel Foucault. Tecnologías del yo y otros textos afines*. Editores Paidós Ibérica, S.A. España.
 - Foucault, M (2002): *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Editores Siglo veintiuno. Argentina
 - Foucault, M (2002): *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. Editores Siglo veintiuno. Argentina.
 - Foucault, M (2003): *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. Editores Siglo veintiuno. Argentina.
 - Foucault, M (2003): *Historia de la sexualidad. 3. La inquietud de sí*. Editores Siglo veintiuno. Argentina
 - Foucault, M (2008): *El nacimiento de la clínica. 2º Edición argentina, revisada*. Editores Siglo veintiuno.
 - Freire, P (1992): *La Educación como práctica de libertad. SXXI*. Tierra Nueva. México.
 - Galeano, E (1990): *Memorias de Fuego II. Las caras y las máscaras*. Decimocuarta edición. Editorial Siglo Veintiuno. España Ediciones S.A
 - García Martínez, M (2008): *Historia del arte de los partos en el ámbito familiar*. En Revista "Cultura de Cuidados" 2 Semestre 2008. Año XII- N°24. Universidad de Sevilla.
 - García, I Moncayo, E Sánchez, B (2012): *El parto en México, reflexiones para una atención integral*. Ide@s CONCYTEG, 7 (84), pp. 811-844

- Gioscia, L (2001): Ciudadanía, una condición imaginaria. En Caetano, G Filgueira, F. et al Compilado por Laura Gioscia. Ediciones de la Banda Orienta. Instituto de Ciencia Política. Montevideo, Uruguay.
- Huertas, R (2009): Medicina Social, Control Social y Políticas del Cuerpo. La subjetivación de la norma. En Cuerpo, Biopolítica y Control Social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX. Coord. Miranda, M y Girón Sierra, A. Editorial Siglo XXI. Argentina.
- Jelin, E (1996): Mujeres, género y derechos humanos. En Construir la Democracia: Derechos Humanos, Ciudadanía y Sociedad en América Latina. Coordinadores: Elizabeth Jelin, Eric Hershberg. Editorial Nueva Sociedad. Caracas.
- Jiménez, I y Molero, J (2009): Problematizando el Proceso de (DES) Medicalización. Mecanismos de Sometimiento/Autogestión del Cuerpo en los Medios Libertarios Españoles del Primer Tercio del Siglo XX. En Cuerpo, Biopolítica y Control Social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX. Coord. Miranda, M y Girón Sierra, A. Editorial Siglo XXI. Argentina.
- Jones, R (2007): Crónicas de un Obstetra Humanista. Editorial Creavida. Buenos Aires.
- Kosik, k (1967): Dialéctica de lo Concreto. Colección Enlace. Editorial GRIJALBO S.A. México
- Krüger, K (2006): El Concepto de Sociedad de Conocimiento. REVISTA BIBLIOGRÁFICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES (Serie documental de Geo Crítica). Universidad de Barcelona Vol. XI, nº 683. España.
- Lansch, C (1991): Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada? Rio de Janeiro. Paz e Terra. Brasil.
- Lomuto, C y Otros (2004): Guía para la Atención del Parto Normal. En Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Coordinación Editorial Área de Capacitación y Comunicación Social. Ministerio de Salud, Argentina
- López, A (2003): Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Montevideo- Uruguay
- López, A y Carril, E (2010): Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de la

- mujer. En Poder Médico y Ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Aportes y desafíos en la investigación regional. Editores Roberto Castro, Alejandra López. Facultad de Psicología. Cátedra libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. UdelaR.
- Lourau, R (1991): *El análisis institucional*. Segunda impresión. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
 - Magnone, N (2010): *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de humanización*. Tesis de Maestría en Sociología. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Edición 2006.
 - Magnone, N (2012): *Hablando de Derechos / DES+A. Pensando en Derechos Humanos. Parto y Derechos Humanos*. MIDES. 10 Uruguay.
 - Manifiesto (2006): *Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Segunda Versión. Para el debate*. Biblioteca Nacional del Perú N° 2006- 11444. Lima Perú.
 - Marshall, T H (1991): *Ciudadanía y clase social*. Conferencia de la Universidad de Cambridge.
 - Menéndez, E (1990): *Morir de Alcohol*. Editorial Alianza. México.
 - Mitjavila M, (1998): *El Saber Médico y la Medicalización del Espacio Social*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 33. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay
 - Muinelo L y Otros (2005): *Comportamiento Médico: Una Aplicación a las Cesáreas en el Uruguay*. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. DECON. Documento de Trabajo. Documento N° 06/05. Montevideo. Uruguay.
 - Odent, M (2006): *El granjero y el Obstetra*. Editorial Creavida. Segunda Edición. Argentina.
 - Odent, M (2011): *El nacimiento en la era del plástico*. Editorial Creativa. Buenos Aires.
 - Rodríguez, G (1996): *Metodología de la investigación cualitativa*. Edición AL JIB. Málaga- España.
 - Ross, S (2013): *Doulas. Toda embarazada merece una doula*. Ediciones Obelisco.

- Pérez, M (2009): *Bases Conceptuales para un cambio de modelo de atención de enfermería a la salud de la mujer*. Departamento Materno Infantil Facultad de Enfermería. Docente compilador y responsable del Curso: Prof. Lic. Margarita Pérez. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Área Salud. AS. Universidad de la República. Edición ICONO PRINT – FANELCOR S.A. Montevideo – Uruguay.
- Porzecanski, T (1993): *Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y social*. En *La Medicalización de la Sociedad*. Editorial nordan comunidad. Montevideo- Uruguay.
- Sadler, M (2003): “*Así me nacieron a mi hija*”. *Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología. Santiago – Chile.
- Schiavoni, L Fretes, L (2011): *Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud en el programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable*. En *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Coordinadora Silvia Citro. Editorial Biblos Culturalia. Buenos Aires – Argentina.
- Schaarstein, L (1992): *Psicología Social de las organizaciones*. Nuevos aportes. Editorial PAIDOS. Buenos Aires.
- Torres; L (2003): *Antropología y salud: Elementos de la tradición Socio-Cultural relacionados con el embarazo, parto y cuidado del recién nacido en mujeres del Programa de Parto Natural, VIII región. Para optar por el título de Antropóloga Social*. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología. Santiago - Chile
- Valdés, V y Morlans, X (2005): *Aportes de las Doulas a la Obstetricia Moderna*. Documentos. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile. REV CHILR EOVB SCTHEILT OGBINSETCEOT LG 2IN00E5C; O7L0 (20):0 150; 87-01(122)

FUENTES DOCUMENTALES

- Alonso, C y Gerard, T (2009): *El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno – infantil*. En, *La muerte materna. Acciones y estrategias. Hacia una maternidad segura*. (2009) Coordinadoras Graciela Freyermuth y Paola Sesia. Comité promotor por una maternidad sin riesgo en México. CIESAS. Serie Evidencias y Experiencia en Salud

- Sexual y Reproductiva. Mujeres y Hombres en el siglo XXI.
<http://maternidadsinriesgos.org/web/>
- ASSE.- www.asse.com.uy
 - Dona Internacional. Nacimiento Doula Certificación.
http://www.dona.org/develop/birth_cert.php - Recuperado 10/4/ 2014
 - El observador.- www.elobservador.com .
 - García Jordá; D y Díaz Bernal; Z (2010): *Revista Cubana de Salud Pública. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio* <http://scielo.sld.cu>
 - Gil, A (2009): *Humanización del parto y nacimiento*. En, La muerte materna. Acciones y estrategias. Hacia una maternidad segura. (2009) Coordinadoras Graciela Freyermuth y Paola Sesia. Comité promotor por una maternidad sin riesgo en México. CIESAS. Serie Evidencias y Experiencia en Salud Sexual y Reproductiva. Mujeres y Hombres en el siglo XXI. <http://maternidadsinriesgos.org/web/>
 - Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio. Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género. MSP. Dirección General de la Salud. UNFPA. Naciones Unidas Uruguay. Unidos en la Acción. Uruguay 2008. www.mysu.org.uy
 - Guías para Implementación de la Atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las Instituciones Prestadoras de Salud. UNFPA. Naciones Unidas Uruguay. Unidos en la Acción. Uruguay 2010. www.mysu.org.uy
 - Instituto Perinatal del Uruguay.
www.institutoperinatal.org.uy/es/doulas/programas.aspx
 - La Humanización del Nacimiento. Por Sociedad Uruguaya.
<http://www.sociedaduruguaya.org/2011/07/la-humanizacion-del-nacimiento.html> - Recuperado el 24/9/2013
 - León, M (1997): *Poder y Empoderamiento de las mujeres en Bogotá*. Región y Sociedad, vol., XI, núm. 18, julio – diciembre de 1999. El colegio de Sonora. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10201808>
 - Ley 17386.
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor=>

- Ley 18426.
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- Long M, (2011): *Violencia Obstétrica*. En Revista Madre Tierra N° 4 Especial partos. Marzo 2011. Publicación online gratuita.
- MSP.- <http://www.msp.gub.uy/>
- OMS.- <http://www.who.int/es/>
- Pisano M, (2004): *El triunfo de la masculinidad*. Fem-e-libros/creatividad feminista. www.mpisano.cl
- RELACAHUPAN- URUGUAY (2006-2007): *Parto Humanizado. Recopilación de Folletos y Artículos sobre el tema. Material de apoyo para talleres de capacitación*. Coordinadoras: Partera Elvira Lutz, Ps. Sadra Misol.
www.plancaif.org.uy/wpcontent/.../1267200481PartoHumanizado.pdf
- Rosenberg, J (2014): Epidemia de cesáreas “no es reconocido como un problema” http://www.180.com.uy/articulo/36831_Epidemia-de-cesareas-no-es-reconocida-como-problema
- SMI Médicos de Familia. El éxito de una estrategia.
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art4.htm>
- The Lancet (2007): Resumen Ejecutivo de la Serie Sobre Salud Sexual y Reproductiva de *Lancet*.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/srh_lancetseries_es.pdf
- Unicef Uruguay. <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/>

Anexo 1: Pautas de entrevistas**Pauta entrevista de la Doctora**

¿Cómo llegan las doulas acá a la institución?

¿Cómo ves tú su trabajo?

¿Consideras que estas mujeres aportan a tu trabajo u obstaculizan el mismo?

¿Me podrías describir como desarrollaban sus tareas acá las doulas?

¿Has participado en algún encuentro entre una doula y una mujer embarazada en un sanatorio?

¿Te gustaría ver cómo trabajan en un hospital?

¿Cuándo hacían estos talleres con ellas que información transmitían a estas mujeres embarazadas?

¿Y sobre Derechos Sexuales y Reproductivos se le informaba de eso?

Pauta entrevista a las doulas

¿Por qué sos doula?

¿Dónde te capacitaste?

¿En dónde has trabajado?

¿Luego que te capacitaste te has ido actualizando?

¿Has sido formada en derechos sexuales y reproductivos?

¿Qué significa para vos trabajar desde los derechos sexuales y reproductivos?

¿Y desde tu rol de doula hacia las mujeres?

¿Consideras que la ley de acompañamiento es una buena herramienta?

¿Utilizas las normas de atención al parto y puerperio?

¿Desde tu lugar consideras que hay algo para modificar en la guía?

¿Te permiten ingresar al sanatorio u hospital?

¿Cómo trabajas con las mujeres en el hospital o sanatorio?

Y en ese trabajo ¿Cómo te relacionas con el equipo médico?

¿Te permiten realizar tu trabajo en el sanatorio u hospital?

¿Cambiarías algo del momento que vivís con la mujer en el hospital o sanatorio?

¿Podes entrar a la sala de parto con la mujer?

¿Cómo ves que son tratadas las mujeres en sus partos?

¿Qué haces si ves que no son respetados sus derechos?

¿Cambiarías algo del momento que vivís en el hospital o sanatorio con la mujer?

¿Consideras que se conoce el rol de la doula?

¿Es respetado este rol?

¿Qué se debería hacer para que se reconociera y se respetara este rol?

¿Te parece que con el acompañamiento de la doula se mejora la experiencia del parto? ¿Por qué?

Pauta de entrevista a mujeres acompañadas por la doula

¿Cómo llegaste a la doula?

¿Por qué decidiste que te acompañara una doula en tu embarazo, parto y puerperio?

¿Qué tipo de información te brindo?

¿Te informo sobre tus derechos durante el embarazo, parto y puerperio?

¿En el momento del parto vos pudiste poner en práctica la información que te dio la doula?

Su presencia ¿qué te generó?

¿Me puedes describir como viviste el momento de trabajo de parto con la doula en el sanatorio?

¿Consideras que ella pudo hacer su trabajo contigo?

¿Crees que es importante que todas las mujeres cuenten con el apoyo de una doula a la hora de vivir una experiencia así?

¿Por qué?