



Ciencias Sociales
Universidad de la República
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

**La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo
gestante: un análisis de las representaciones y discursos
de los profesionales de la salud**

Monografía de grado

Autora: Patricia Eliane Alvez Bandera

Tutora: Marcia Barbero Portela

Montevideo, Uruguay
2019

Tabla de contenido

Resumen	4
Introducción.....	5
Antecedentes y estado del arte.....	7
Marco conceptual.....	11
Control Social	11
Género y medicina.....	13
Medicalización del embarazo.....	15
El Riesgo.....	17
Aspectos metodológicos.....	22
Objetivos.....	22
Estrategia Metodológica	23
Técnicas de recolección de datos	24
Estrategia de análisis de datos.....	25
Análisis de resultados: entendiendo el proceso de nacimiento en Montevideo	27
El papel de la mujer en el proceso de nacimiento	27
Orejas más grandes y boca más chica	27
Relación con la mujer	31
Representaciones en torno al cuerpo gestante	34
Control del embarazo	35
Vida normal	35
Estilos de vida	36
¿Parir con dolor?.....	37
Medicalización del nacimiento	41
La tecnología y el nacimiento	41
Un agente externo al equipo médico: la doula	43
Institución versus Domicilio	45
Institucionalización: garantías para nacer.....	48
Discursos sobre prácticas en el embarazo, parto y puerperio.....	49
El control	49
Exceso de controles	52
Ausencia de controles.....	53

¿Desigualdades en la atención? Lo público y privado	55
Guías y Manuales de atención	58
Propuestas de cambios	61
Conclusiones.....	65
Bibliografía.....	70
Anexo	72
Reporte de campo.....	72
Diario de Campo	74
Notas de principales hallazgos de campo	87
Resumen de entrevistas	89
Anexo II.....	91
Desgrabación de entrevistas.....	91

Resumen

El cuidado del embarazo, parto y puerperio, ha sufrido grandes transformaciones a lo largo de la historia, pasando a estar bajo el cargo de la medicina a finales del siglo XIX. A partir de allí se comienza con un proceso de medicalización en donde el control del riesgo y la intervención son las características principales en el cuidado y la atención del embarazo.

Sin embargo, el embarazo no es solo un hecho biológico sino que es un hecho que está cargado de significado cultural, de allí en cada sociedad se articulan las diferentes prácticas y representaciones que ayudan a comprenderlo.

El siguiente trabajo pretende problematizar sociológicamente los distintos discursos, representaciones y prácticas que emergen de los profesionales de la salud, sobre el cuerpo de la mujer gestante y el proceso de nacimiento en Montevideo. Para cumplir con este objetivo se utilizó una estrategia cualitativa realizando un total de 18 entrevistas en profundidad dirigidas a ginecólogos/as, parteras y enfermeras.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la prevención del riesgo es uno de los principales motivos bajo el cual se justifica la intervención en el embarazo, parto y puerperio. A su vez, aparecen distintas representaciones del cuerpo gestante según la profesión y el rol que ocupa en el proceso de atención. En el caso de los médicos, se muestra una postura más intervencionista, una visión del embarazo y de la mujer desde una perspectiva biomédica que busca constantemente vigilar, controlar y lograr el descenso de la morbi mortalidad. Sin embargo, la concepción de la mujer, del embarazo y el nacimiento que manifiestan las enfermeras y parteras es diferente. Se descubre una postura mucho menos intervencionista, que busca respetar los tiempos fisiológicos y con una visión de la mujer desde la empatía, el acompañamiento y la contención y sobre todo desde el reconocimiento del proceso de nacimiento como un hecho que no es meramente biológico.

Palabras claves: Medicalización, Riesgo, Proceso de nacimiento, cuerpo gestante, representaciones

Keywords: Medicalization, Risk, Birth process, pregnant body, representations

Introducción

La investigación ha puesto foco en el parto como objeto de estudio, sin embargo, es intención de este estudio tomar al embarazo, parto y puerperio desde un enfoque holístico y no desde la visión de fases separadas, ya que entendemos que muchos de los problemas que se generan en el parto son parte de un proceso más amplio que comienza y se construye a partir del embarazo. Por esta razón, a lo largo del estudio utilizaremos el término proceso de nacimiento para referirnos a estas tres etapas entendidas en su globalidad.

Hasta finales del siglo XVIII la atención del embarazo, parto y puerperio había sido siempre responsabilidad de las mujeres, ya sea las mujeres de la familia con más experiencia, amigas íntimas o las parteras y comadronas que asistían y ayudaban en el parto. A lo largo del siglo XIX, la medicina comienza a intervenir en la atención del embarazo, parto y puerperio dejando por fuera a quienes hasta entonces se habían hecho cargo: las mujeres, parteras o comadronas. Es así que el embarazo, parto y puerperio pasa de ser atendido en la intimidad de la esfera privada a ser atendido en la esfera pública y sanitaria. Como menciona Sadler, (2003) por el “personal sanitario, principalmente los ginecólogos quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde antes se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de la sofisticada tecnología y medicalización” (citado en Blázquez, 2005:5).

El caso uruguayo no difiere y hasta principios del siglo XX el parto era también atendido mayormente en hogares y consultorios privados de médicos y parteras. “Es en el año 1909, cuando la Asistencia Pública Nacional -recién creada- incorpora a sus cometidos “(...) la protección de embarazadas, parturientas y la infancia” (Barrán, 1992:97). A partir de ese momento las instituciones de salud serán convocadas a asistir el embarazo y el parto. Hacia finales del '30, con la creciente inclusión de la clase trabajadora en las políticas de bienestar, y ya contando con una red importante de Hospitales en casi todos los departamentos del país, se consolida la masificación de la hospitalización del parto.” (Magnone, N. 2015)

En este contexto, la búsqueda por eliminar los riesgos genera grandes transformaciones en

las formas de dar a luz, transformando a su vez el rol de las mujeres y los profesionales. (Garré, 2014).

Se produce entonces un control sobre los cuerpos de las mujeres, quienes son sometidas durante todo el proceso del embarazo a distintas, rutinas, pasos y protocolos a seguir, perdiendo así cierto grado de autonomía sobre sus propios cuerpos. Aparece también la visión del cuerpo como un factor de riesgo, que hay que vigilar y cuidar, “se refuerza la visión de un cuerpo carente y vulnerable en el que se justifica el control al que es sometido” (Montes, 2008).

Sin embargo, el nacimiento no es solamente un acto biológico sino que es un acontecimiento cargado de significado social y cultural, “cada sociedad proporciona las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo.” (Montes, 2005:5).

Este estudio tiene como principal objetivo analizar e interpretar los distintos discursos, representaciones y prácticas que los profesionales de la salud vinculados al proceso de nacimiento tienen sobre el cuerpo gestante y el proceso de nacimiento en Montevideo. Por lo tanto el eje principal de estudio está puesto en los profesionales.

Cuando hablamos de representaciones usaremos la definición de Denise Jodelet (1991). La autora las define como las formas de conocimiento creadas socialmente que contienen elementos: “Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc; en tanto que sistemas de interpretaciones que registran nuestra relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social” (Jodelet, 1991:36).

Así, las representaciones implican fenómenos cognitivos, que moldean determinada manera de interpretar la realidad “estableciendo un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado” (Montes 2007:7). Es necesario entonces conocer cómo se construye el discurso que justifica la intervención médica del proceso de nacimiento, desde qué enfoques, y entender cómo estos discursos transforman y construyen la realidad de las mujeres.. Finalmente, el proceso de nacimiento y las distintas representaciones no

son estáticas sino que están en constante transformación, por esta razón resulta pertinente tratar de construir las distintas representaciones en torno al nacimiento en el contexto actual. A su vez, si bien muchos investigadores se han centrado en el estudio desde la perspectiva de la mujer, en Uruguay el estudio desde el enfoque de los profesionales es escasa, por lo que continuar profundizando en este eje es de gran importancia.

Hemos estructurado este trabajo en tres grandes bloques. En un primer momento consideramos los principales antecedentes en torno al proceso de nacimiento, revisando tanto investigaciones nacionales como internacionales de donde emergen los principales supuestos planteados. Seguidamente, realizamos una revisión de las bases teóricas centrales que delimitan nuestro objeto de estudio. Lo componen los conceptos de control social y medicalización, género y medicina y riesgo.

En un segundo momento se exponen la estrategia metodológica, los objetivos de la investigación, los supuestos planteados y las técnicas de investigación.

Finalmente, presentamos los principales resultados obtenidos, que lo hemos dividido en cinco grandes capítulos. En el primero analizamos los distintos aspectos vinculados a la mujer, la participación, la relación, las expectativas respecto a la misma y el acompañamiento en el dolor. Luego, analizamos la medicalización del nacimiento a través del uso de la tecnología, las distintas percepciones sobre la institucionalización y los partos domiciliarios. En el tercer capítulo analizamos las prácticas en el proceso de nacimiento buscando comprender la percepción sobre el control y las desigualdades en la atención en el sector público y privado. En el siguiente capítulo analizamos el conocimiento, adhesión y grado de acuerdo con las distintas guías y manuales. En el quinto y último apartado analizamos las distintas propuestas de cambios por parte de los profesionales. La monografía cierra presentando las conclusiones y reflexiones finales.

Antecedentes y estado del arte

Los antecedentes y el estado del arte en torno a la problematización de la reproducción, el proceso de embarazo, parto y puerperio así como del cuerpo gestante son abundantes en lo que respecta al ámbito internacional. La antropología ha sido la disciplina desde donde se han abordado mayormente estos temas y es a partir de los 70 donde encontramos lo que se empieza a denominar como Antropología del parto. Así, los abordajes metodológicos han

sido predominantemente cualitativos, principalmente mediante la realización de etnografías, y el uso de observación participante y entrevistas en profundidad como técnicas privilegiadas.

Para comprender los antecedentes dentro del marco internacional, es muy interesante el trabajo de Blázquez (2005), quien realiza una revisión hermenéutica de las distintas etnografías que han estudiado la problemática en España, lo que permite tener una aproximación al tema comprendiendo así las distintas configuraciones desde donde se lo ha estudiado. Se desprende de su análisis que los principales ejes estudiados son: la naturaleza social del proceso reproductivo; el control sobre dicho proceso y las conceptualizaciones dicotómicas. Dentro de las conceptualizaciones dicotómicas se encuentra el proceso fisiológico o patológico por un lado y la dicotomía producción/reproducción por el otro. El primero refiere a la disyuntiva de la atención sanitaria que intenta no patologizar el proceso y tratarlo como un proceso fisiológico, pero tratando a su vez de controlarlo para evitar la existencia de cualquier riesgo. El segundo refiere a la visión productivista que “se percibe a través de la forma en que se organiza la atención sanitaria” (Blázquez, 2005:13).

En todas estas etnografías, el objetivo es dar cuenta de cómo las interpretaciones biologicistas realizadas por el cuerpo médico, institución socialmente legitimada para el control de la salud, la enfermedad y su atención, han naturalizado este proceso del embarazo y la reproducción, invisibilizando el carácter sociocultural que lo define (Blázquez, 2005).

Así, uno de los aportes que resultan ineludibles y son de gran referencia para el presente estudio son los realizados por Montes (2007). La misma se ha dedicado al estudio de la salud sexual y reproductiva, pero más específicamente ha centrado gran parte de sus trabajos en las representaciones acerca del cuerpo de la mujer embarazada por parte de los profesionales, así como de las percepciones que las propias mujeres tienen sobre el control al que son sometidas. Su enfoque, al igual que este estudio, desde la perspectiva de género nos permite conocer cómo han sido contruidos los distintos discursos en torno al cuerpo gestante, y cómo las cuestiones de género continúan permeando en la actualidad. A su vez, pocos estudios han incluido la perspectiva de los profesionales, conocerla nos ayuda a comprender cuáles son los distintos significados, representaciones y prácticas

profesionales, que si bien se dan en otro contexto y otro tiempo, es un ejercicio de aproximación a nuestro objeto de estudio que nos permite articularlo con las formas actuales y los hechos sociales que componen el contexto que estudiamos.

Dentro de lo que es el estudio del cuerpo gestante y desde la perspectiva de Bourdieu encontramos los estudios de Roberto Castro (2011), quien realiza una investigación sociológica, en donde busca combinar las herramientas y conceptos propuestas por Bourdieu con el enfoque de los derechos en salud reproductiva. Así busca identificar las prácticas que se ponen en juego en el espacio de la consulta médica. Al hablar de derechos reproductivos, es fundamental el concepto que propone Castro (2011) de ciudadanía reproductiva, que refiere a “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva y entre eso se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismo y atropellos por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo” (Castro 2011:132).

A nivel regional, se encuentran en Chile a Sibrian (2016), que en un abordaje sociológico, intenta comprender cómo el embarazo comenzó a ser una preocupación médico-sanitaria en Chile y cómo esto se refleja en el discurso médico entre los siglos XIX y XX a través del análisis de revistas y periódicos médicos de la época. Los aportes realizados por la autora dialogan con nuestro estudio, ya que refiere a los procesos de medicalización del embarazo desde una perspectiva de control social, articulando los conceptos de medicalización de la sociedad de Foucault y la expansión de la mirada médica y la mirada de medicalización de Peter Conrad, abordaje teórico que también guiará este estudio.

Finalmente a nivel nacional, si bien existen algunas investigaciones, la profundización sobre el tópico es escasa. Dentro de las realizadas encontramos dos referentes principales que se han dedicado al estudio de estos fenómenos, como lo son Magnone (2010) quien busca conocer en qué medida se respetan los derechos de las mujeres de vivir plena y autónomamente el proceso reproductivo a la vez que incluye el enfoque de las personas que trabajan desde la perspectiva de humanización de parto. Algunos de los resultados más relevantes tienen que ver con que el modelo de atención al parto y nacimiento en Montevideo podría catalogarse como tecnocrático en donde el parto era concebido como

patológico y de este modo los derechos sexuales y reproductivos quedaban restringidos. Por otro lado, también se podía ver una alternativa incipiente a este modelo, que es la del parto humanizado en donde el centro está colocado en las mujeres que paren y en el respeto de sus derechos. Este estudio es de gran referencia, ya que si bien pasaron diez años de su realización, nos permite comprender cómo se construía, en el contexto de nuestra sociedad, el modelo de atención al parto y nacimiento.

La segunda referente encontrada es Farías (2014), quien aborda el problema de la cesárea, desde las vivencias y significados en mujeres que han transitado la experiencia, así como analiza los aspectos institucionales que rodearon este evento. Al igual que en este estudio, la autora aborda su investigación desde la concepción del nacimiento y la cesárea no como un mero proceso biológico sino como un proceso cargado de significados para las mujeres. En este sentido, señala que la cesárea no es irrelevante desde el punto de vista emocional ni físico para las mujeres, y en sus resultados encuentra que el denominador común de quienes han vivido la experiencia es el impacto emocional que implicó la experiencia.

Si bien estas autoras han realizado estudios de gran aporte para la problematización del tema en el caso uruguayo, se encuentra la necesidad de continuar profundizando desde la perspectiva de la sociología de la salud, buscando entender cómo se construyen los discursos que moldean el proceso de nacimiento desde los enfoques sociológicos de género, riesgo y control social. A su vez, gran parte de los aportes nacionales revisados centran sus estudios desde el punto de vista de las mujeres. Incluir la perspectiva de los profesionales nos permitirá incorporar una visión poco estudiada a nivel nacional.

Marco conceptual

En el siguiente capítulo se analizan los principales conceptos teóricos que guían y ayudan a delimitar más claramente el objeto de estudio. El mismo se divide en cuatro sub temas: “Control social”, en donde se aborda teóricamente cómo el proceso de medicalización y la medicina se ha convertido en una de las principales instituciones para el ejercicio del control social. “Género y medicina” donde se abordan los principales problemas de la medicina desde una perspectiva de género, que consideramos fundamental para entender el problema de investigación. Luego “Medicalización del embarazo”, donde se realiza una breve reseña histórica acerca de los procesos de medicalización del embarazo. Por último, “El riesgo” donde mencionaremos algunos de los estudios sobre el riesgo tanto a nivel epidemiológico, como desde las ciencias sociales para luego referirnos específicamente al proceso de nacimiento.

Control Social

Si bien la importancia de la medicina en las sociedades es un hecho indiscutible, sus logros, sus alcances, pero también sus peligros se han ampliado constantemente a partir del siglo XVIII. (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016). Para comprender la creciente intervención que se ha dado en los últimos siglos en el proceso de nacimiento, es importante comprender que la misma se da como parte de un proceso más amplio, que tiene que ver con la transformación de la medicina en una de las instituciones fundamentales para el control social.

Zola (1999), señala que la medicina se ha ido convirtiendo en la institución capaz de realizar juicios absolutos y en muchos casos definitivos en nombre de la salud. Tiene que ver a su vez, con un proceso insidioso que se ha logrado mediante la constante medicalización de gran parte de la vida diaria, de la conducta, del comportamiento y el cuerpo humano, que según Foucault (1996) se incorporan en una densa y amplia red de medicalización. La medicina no escapa al control de las sociedades, ya que dicho control no solamente opera a través de la conciencia o la ideología, sino que se ejerce *en* el cuerpo y *con* el cuerpo. Es así que en la modernidad, el despegue de la medicina se da a través de tres procesos: la biohistoria, la medicalización y la economía política de la salud.

(Foucault, 1996). Estos tres aspectos suponen una forma de control social, que implican “una colaboración en el adiestramiento de los cuerpos por diversas vías que coinciden en desenvolverse más allá de la relación médico-paciente” (Sibrian, 216: 27).

Hoy en día, la medicina forma parte de diversos procesos siendo así “una gran industria transnacional; un ámbito de investigación científico-tecnológica intensiva; un sistema de la gran mayoría de los estados nacionales; un poderoso discurso sobre la vida, la muerte, el bienestar” (Murguía, Ordorika y Lendo 2016:639).

La medicalización tiene que ver a su vez con la creación de distintos estándares, categorías, normas, discursos y prácticas que abarcan ámbitos cada vez más amplios de la vida. Es por eso, que este concepto ha dejado de ser un tema periférico en el estudio de la relación medicina-sociedad y ha pasado a ser el centro de muchas discusiones teóricas. En el caso de las ciencias sociales y en particular para la sociología de la salud, en los últimos cuarenta años el tema ha cobrado gran relevancia (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

En este sentido, se lo ha estudiado desde distintos enfoques. Los trabajos sociológicos llevados a cabo entre los años 1970 y 1980 critican sobre todo las pretensiones universalistas e imperialistas de la medicina, la figura de los médicos como omnipresentes y el creciente, sostenido e irreversible proceso de medicalización que “convierte a los pacientes en sujetos pasivos, indefensos y dependientes del modelo y de los tratamientos. Este fenómeno, al mismo tiempo, surgía de sí mismo y afianzaba el poder de una institución médica que sirve a diferentes intereses, ya sea del Estado, del capital y/o de la propia profesión” (Murguía, Ordorika y Lendo 2016: 638).

Por otro lado, los estudios marxistas y feministas problematizan el carácter autoritario de la medicina y el papel de los profesionales en la construcción de un orden capitalista y patriarcal.

Las feministas en particular, cómo se verá más adelante, se dedican al estudio y la investigación de los discursos y las prácticas dirigidas a las mujeres, reflexionando cómo la institución médica se apropia de las experiencias y los cuerpos de las mujeres (Murguía, Ordorika y Lendo 2016).

Si bien el proceso de medicalización del nacimiento tiene su propia historia, es importante entender que no se da como un hecho aislado sino que se encuentra enmarcado en un proceso mayor de medicalización y de transformación de la medicina como una de las instituciones fundamentales para el control social.

Género y medicina

Detrás de las prácticas y los discursos médicos que emergen hoy sobre las nociones del cuerpo femenino, la reproducción y el embarazo, se puede vislumbrar una herencia de cómo el cuerpo de la mujer fue visto a lo largo de la historia. La perspectiva de género cobra así un rol fundamental en este estudio, y es un eje transversal ya que aún hoy algunas de esas nociones pueden explicar el control al que el cuerpo femenino es sometido.

Durante los años 70 del siglo pasado, surge una ola del movimiento feminista que trae consigo una fuerte crítica a “las formas en que la biomedicina hace diferencias entre los grupos sociales y apoya las ideologías hegemónicas que definen los roles de género, y que tratan de la clase social y la raza” (Lupton, 2003:167).

Lupton (2003) apunta que durante años la medicina ha estado en acuerdo con los intereses hegemónicos que definen los roles de género y a su vez los discursos médicos, históricamente han constituido un lugar para la discriminación sexual, generando “pruebas científicas” que impidan a las mujeres ingresar en la vida pública.

Sau (2008) señala respecto a esto que “las mujeres, en el sistema patriarcal, son casi exclusivamente cuerpos de los que ellos desde el poder disponen para la sexualidad que mejor les acomode, para la fecundidad que mejor les conviene, para las tareas domésticas que les interesan.” (Sau, citado en Valls, 2009: 323).

Sin embargo existen otros movimientos feministas que señalan que si bien el sistema de salud ha sido fuente de opresión de la mujer, también ha contribuido en la obtención de ciertas libertades. Un ejemplo de esto es el caso de la evolución de las tecnologías anticonceptivas, otorgándoles a las mujeres un mayor control sobre su fertilidad (Lupton, 2003). En este mismo sentido, Valls (2009) señala que en el siglo XX la prevención del embarazo no deseado compuso una de las primeras batallas del feminismo. “Recuperar la

decisión sobre el propio cuerpo y levantar la condena de estar permanentemente embarazadas supuso poner una barrera a los años de sumisión y dependencia que parecía que la biología había destinado a las mujeres. Las fórmulas diversas que se pudieron usar con métodos hormonales o mecánicos supusieron avances en la posibilidad de decisión” (Valls 2009:333).

Dentro de las principales críticas que las feministas le han realizado a la medicina, es cómo desde el discurso médico se concibió a la mujer como el otro, como la visión enferma o incompleta de los hombres. Esto se ha expresado durante años y aún permea los discursos y las prácticas médicas. Un ejemplo actual en la medicina es el que menciona Lupton (2003) señalando que “los textos de anatomía contemporánea para estudiantes de medicina, al igual que los publicados en el siglo XIX, siguen con la tendencia a representar el cuerpo masculino como el cuerpo humano estándar, contra el cual se compara el de la mujer, diferente e inferior. El cuerpo masculino se escribe como agente activo, o se representa como más desarrollado, fuerte y firme que el de la mujer (...) mientras las referencias comparativas a la anatomía femenina hacen uso constante de los términos "más pequeño", "más lábil", o "menos desarrollado" para demostrar en qué se diferencian las mujeres de los hombres” (Lupton, 2003:169).

A su vez, en los textos y escritos médicos de la época se describía a las mujeres como “criaturas delicadas e irresponsables, necesitadas de la protección y la tutela de los hombres; en síntesis, como adultos incompletos” (Moscucci 1990, citado en Lupton 2003:171). La mujer era vista solamente desde su función reproductiva, y todo giraba en torno a su útero y al plano de la vida privada, tanto es así que se decía “que un desarrollo exagerado del cerebro de la mujer atrofiaba el útero, dificultando la función misma para la que la naturaleza la había diseñado” (Lupton, 2003:171).

Un ejemplo de esto es la aparición de la histeria en el siglo XIX, enfermedad medicamente definida y documentada. Conocida como la enfermedad del útero, en donde desde el discurso médico se concluía que la causa de dicha condición consistía en que las mujeres no podían desarrollar una actividad sexual “normal” con sus esposos. Así, “la dependencia de la mujer respecto de los hombres era fomentada por el discurso médico, y sus intentos por rebelarse contra su papel se medicalizaban, considerándolos “pruebas” de que

necesitaba una vida confiada y aislada” (Bassuk, 1986: 147 citada por Lupton, 2003:174).

En el marco de los estudios de género, es importante comprender que el nacimiento hoy es un proceso continuo, en donde se entrelazan e interaccionan diversos elementos sociales, culturales, históricos, compuestos por los discursos, las movilizaciones y los hitos que se fueron generando en torno a este proceso en cada etapa y en cada época. Las distintas movilizaciones feministas que se dieron en los años 70 marcaron un mojón en la relación que se da entre la mujer y la medicina. Sin embargo, los estudios revisados nos permiten afirmar que aún hoy se puede vislumbrar la herencia de este vínculo en tensión. Es por esta razón que incorporar en los estudios sobre el proceso de nacimiento y el cuerpo gestante la perspectiva de género se vuelve fundamental.

Medicalización del embarazo

Hasta finales del siglo XVIII la atención del embarazo, parto y puerperio había sido siempre responsabilidad de las mujeres, ya sea las mujeres de la familia con más experiencia, amigas íntimas o las parteras y comadronas que asistían y ayudaban en el parto. A lo largo del siglo XVIII, con el surgimiento del gremio médico, que se caracterizaba por estar bajo el dominio de varones, comienza un forcejeo entre las comadronas y los médicos, por el control sobre el proceso del parto. El uso del fórceps, que permitió descender la mortalidad en el parto tanto del niño como de la madre, convirtió a la atención al parto en posesión exclusiva de médicos y cirujanos y a partir de ahí, se asocia con la nueva profesión de la medicina. (Wilson, 1981 citado en Lupton 2003). De esta manera, la atención del parto y los cuidados del embarazo sufrieron grandes transformaciones, dentro de las cuales se destaca pasar de dar a luz en la comodidad de sus hogares a las instituciones de salud. A pesar de que la partería resistió la presión del gremio médico masculino por varios años, en el S.XIX, luego de que surge la medicina científica, se volvió vulnerable, así desde la edad media temprana, se comienza a excluir, de forma obligada, a las comadronas de la atención de partos, marginándolas y desacreditando su conocimiento. (Lupton, 2003). Primó así la valoración de lo científico, ante la experiencia de años de las parteras y comadronas.

Desde finales del siglo XIX, se fue medicalizando progresivamente el embarazo y el parto,

y la mujer embarazada paso a ser una paciente, “mientras en 1900, en Estados Unidos, casi ninguna mujer recibía atención prenatal, a finales de este siglo, prácticamente todas la recibían con regularidad. Durante ese tiempo, el embarazo empezó a describirse en la literatura médica como más patológico, por lo que las embarazadas requerían una estricta vigilancia médica” (Barker, 1998 citado en Lupton, 2003:188).

En los años 70 y 80 del siglo pasado, comienzan por parte de los movimientos feministas una serie de estudios que critican y examinan, el tratamiento que desde la biomedicina se da al embarazo y el parto. Los críticos señalan dos efectos principales de haber trasladado el parto al hospital, en primer lugar hay un énfasis en la medicina curativa, en los problemas patológicos, en la cura y en la medición; en segundo lugar, a las mujeres en un momento muy vulnerable, se las introduce en un sistema ajeno a ellas y que tiene como principal objetivo que el embarazo transcurra sin incidentes (Lupton, 2003).

El embarazo es tratado como una enfermedad y las mujeres se convierten así en pacientes, “evitar los riesgos, la búsqueda de la calidad y la medicalización serán las constantes no sólo en el embarazo, sino en el propio ejercicio de la maternidad” (Imaz, 2001:101). La mujer es colocada en una posición de obediencia durante el proceso, en donde es asesorada durante todo su embarazo y parto por expertos y muchas veces sus necesidades y deseos personales pasan a un segundo plano. El nacimiento es visto como un suceso que requiere una extrema vigilancia, intervención, ayuda y que por ende no se puede dejar solo. En cuanto a la madre existe una expectativa en tanto al cumplimiento de las instrucciones por un lado, así como también de que cumpla y encaje en algunos conceptos e imágenes. Muchas veces el foco está en el bebé, desplazando a la madre y esto lleva a que la mujer embarazada se distancie del proceso, entregando su cuerpo al control y el seguimiento de los demás (Lupton, 2003).

El control en el embarazo y el parto es progresivo, y cada vez más se interviene en todas las etapas de la reproducción, esto genera que “las mujeres tengan órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea” (Valls, 2009:15). Como señala Imaz (2001), el vientre de la mujer se vuelve el lugar ideal para la prevención y desde la gestación, el control con el fin de evitar el riesgo será el principal objetivo (Imaz 2001).

Como hemos visto, la relación entre los médicos y las parteras ha sido históricamente conflictiva, esto resulta interesante para nuestro análisis ya que puede contribuir a la comprensión de la relación que estos profesionales tienen en la actualidad. Por otro lado, la historia del proceso de medicalización de la atención del proceso de nacimiento, lejos de ser estática ha sido siempre de continua evolución, modificando a lo largo del tiempo las distintas formas de atención e intervención sobre los cuerpos gestantes. Esto proporciona pistas para entender en qué medida hoy evoluciona el proceso de atención y hacia que nuevas formas se dirige.

El Riesgo

El estudio del riesgo ha sido abordado por diversos autores de distintas disciplinas, dentro de las ciencias sociales algunos de sus principales representantes son Mary Douglas, Ulrich Beck, Anthony Giddens, Niklas Luhmann.

Existen diversas visiones acerca de la cuestión del riesgo, una de ellas es el enfoque Técnico Científica, preponderante dentro de los estudios realizados por la epidemiología, economía, ingeniería, psicología e incluso la ciencia jurídica. Bajo estas premisas, el riesgo es definido principalmente bajo expresiones referentes a probabilidades y resultados adversos, como consecuencia de una determinación meditada o reflexionada (Sandoval, 2006).

En estos enfoques, el principal objetivo es la identificación de riesgos, la determinación de sus causas, la elaboración de modelos predictivos y el análisis y toma de decisión en relación a diversas situaciones de riesgo, adoptando “una perspectiva racionalista y realista en la que prevalece la visión del especialista, quien mide los riesgos y determina la forma de proceder ante los mismos” (Farrás, Bosch y Torrente 2001: 2 citado en Sandoval 2006).

Según Mitjavila (1991) en los años noventa se comienza a asistir, en el mundo occidental, a una expansión y desarrollo de prácticas y discursos que se organizan en torno a la problemática del riesgo. Así, los discursos sobre el riesgo son una característica de la modernidad, la cual puede ser incluso definida como una “cultura del riesgo” (Douglas, 1990; Giddens, 1995 citado en Mitjavila 1991).

En este contexto, pensar en términos de riesgo y de su evaluación, es una práctica habitual de la modernidad tanto en los agentes profesionales como en los expertos en terrenos específicos. Sin embargo, en lo que refiere a los enfoques sociológicos y antropológicos, el tema del riesgo no es abordado meramente desde lo racional y técnico sino que se aborda como una problemática social. En donde se critica la concepción racionalista y tecnicista del riesgo y se enfatiza en la idea del riesgo como una construcción social. El interés de las ciencias sociales por este fenómeno, tiene que ver con la necesidad de identificar tanto las bases como las consecuencias sociales de los discursos y las prácticas que se generan en torno a la noción del riesgo (Mitjavila 1991).

Castel (1986) propone reflexionar sobre las estrategias preventivas que se dan en la actualidad, y considera que estas nuevas estrategias generan la disolución de la noción del sujeto, reemplazado por lo que son los factores de riesgos. “El momento esencial de la intervención deja de ser una relación directa, un cara a cara, por ejemplo, entre un terapeuta y un paciente, un asistente y un asistido, un profesional y su cliente. El acento principal del proceso recae así en la construcción de un flujo de población a partir de la articulación de factores abstractos que son susceptibles de producir un riesgo” (Castel, 1986: 219).

Así, toda la medicina moderna se caracteriza por ir hacia una “multiplicación de los «exámenes» que tiende, en último término, a economizar el encuentro entre el práctico y su cliente. (...) El momento sintético del diagnóstico ya no es la relación concreta con la persona enferma, sino la relación establecida entre los diferentes exámenes periciales que constituyen su historial” (Castel, 1986: 220).

En este sentido Castel (1986) plantea, se genera una crisis de la clínica, que está asociado a la pérdida de la relación personalizada entre el profesional y su cliente, en donde la diversidad de exámenes sustituye la relación médico paciente. Ésta nueva modalidad implica una transformación en las formas de ejercicios de la medicina.

En el caso específico de la atención al embarazo, parto y puerperio, “la búsqueda utópica del riesgo cero ha provocado una auténtica revolución en el modo de dar a luz,

transformándose el rol de las parturientas y los profesionales implicados en el proceso (Towler y Bramall 1997), hasta el punto de que en determinados contextos «el bienestar y los deseos de los individuos se han sacrificado gradualmente en aras de los intereses burocráticos y profesionales, adquiriendo la tecnología más importancia que las necesidades de los individuos» (Huntingford 1978: 8 citado en Garré, 2014).

Según Montes (2007), la noción de riesgo en el parto ha sido una de las más utilizadas a lo largo de la historia y es a través de esta noción que se ha realizado todo tipo de actividades de prevención. En la actualidad, a pesar de que las posibilidades de riesgo han disminuido y cambiado respecto a tiempos anteriores, las nociones de riesgos se han ampliado al embarazo y aparecen de forma amenazante en toda esta etapa reproductiva. El riesgo, está presente en la mayoría de los discursos y prácticas de atención al nacimiento y es bajo este discurso que se argumentan (Montes, 2007).

Las principales razones desde la cual la biomedicina, disciplina que ostenta el poder sobre la dimensión corporal del ser humano, ha argumentado la intervención, tienen que ver con la defensa de que el parto en el hospital ha reducido espectacularmente las cifras de mortalidad. Pero sin embargo, los críticos van más allá en esta trama y diferentes investigaciones señalan que la institucionalización del parto incluso ha podido aumentar la morbi mortalidad de las madres y niños. Sus principales conclusiones señalan que, si bien las intervenciones obstétricas puntuales pueden salvar la vida de la mujer y el niño en determinadas situaciones, la intervención sistemática en casos de bajo riesgo, puede aumentar el peligro de complicaciones (Garre, 2014).

Así, la ausencia total de riesgo no existe, la posibilidad de aparición de algún factor imprevisible que pueda complicar el curso del embarazo, parto o puerperio genera que sean inicialmente catalogados como normales o de bajo riesgo. Por lo tanto, el riesgo siempre será parte del proceso en sus diversas formas: bajo, medio, alto o muy alto y es por esto que se hace hincapié en que todas las mujeres gestantes tienen que acudir y utilizar estos servicios médicos con el objetivo de evaluar el riesgo para poder prevenirlo (Montes 2007).

Alrededor del cuerpo de las mujeres, se ha generado un universo de posibles peligros en el

embarazo y parto, por lo que se considera “utilizando las palabras de Castel (1986:232), como “sospechosas” de riesgo, y sobre ellas se activarán las políticas de obligatoriedad y control normativo que conducen a su prevención” (Montes, 2007: 48).

Otra de las características que son parte fundamental, tiene que ver con la importancia que se le da a significar los partos desde una perspectiva tecnológica. Importancia, que está asociada a la introducción de la tecnociencia en la atención del embarazo y parto y más específicamente a la creación de bioinstrumentos como el fórceps o el cloroformo. El problema mayor de la biometría, tiene que ver con el hecho de que los profesionales dejan de mirar a las mujeres a los ojos, “para desplazar su atención hacia un sinfín de artefactos mecánicos que nada entienden de su subjetividad, ni de sus necesidades emocionales” (Garre, 2014:333).

Garre (2014) sostiene que esta rigidez se ha producido como consecuencia de la fragmentación del cuidado, que proviene de la hospitalización definitiva de los procesos de salud y enfermedad, y que “han llevado a hacer rutinarios los procesos asistenciales a través de toda una serie de protocolos, procedimientos y pruebas, cuyo objetivo es alcanzar la «uniformización» de los itinerarios clínicos (Esteban 2001). Se han especificado claramente todas «las pautas, controles y pruebas que se recomiendan a lo largo del embarazo y parto, así como las posibles diferencias o cambios que en cada mujer se pueden dar, y cómo y cuál debe ser la actuación en todos los casos»” (Montes 2007: 55 citado en Garre 2014) Así, se generan protocolos en forma de “guías” de obligado cumplimiento para los equipos de profesionales, quienes planifican sus actividades en un orden mecanizado.

En síntesis, este marco nos permite reflexionar en qué medida prima, en las formas de atención al proceso de nacimiento actuales, una visión del riesgo técnico científica, en donde la prioridad es evaluar los riesgos, medirlos, elaborar modelos predictivos y determinar cómo proceder en cada caso. A su vez nos permitirá entender, cómo la continua vigilancia, a través de la exigencia de exámenes, protocolos, pruebas y procedimientos, impacta en el vínculo entre la mujer y los profesionales.

El enfoque desde el cual nos posicionaremos para el análisis de nuestro objeto de estudio

es desde la perspectiva sociológica de riesgo, que entiende el mismo es una construcción social y critica las formas racionalistas y tecnicistas.

Finalmente, en lo que tiene que ver con nuestro marco teórico, es interesante poder ver cómo los conceptos presentados en torno nuestro problema de investigación se entrelazan en distintos niveles. En un nivel más macro, las teorías del control social arrojan luz sobre cómo ha sido históricamente la relación entre la medicina y la sociedad. Y cómo en una dimensión más global la medicina interviene sobre los cuerpos como forma de control social. Sin embargo, en un nivel más micro, las teorías del riesgo nos ayudan a comprender cómo las nociones de riesgo calan en los discursos y las prácticas médicas y bajo estas nociones, se justifican el control y la intervención sobre los cuerpos. Por último el género es una dimensión que transversaliza nuestro objeto de estudio y nos permite aproximarnos a comprenderla relación que históricamente ha tenido la mujer con la medicina.

Aspectos metodológicos

Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue analizar las representaciones que los profesionales de la salud tienen sobre el cuerpo gestante y el proceso de nacimiento en Montevideo.

Más específicamente se buscó:

- Conocer las representaciones de los profesionales sobre el proceso de nacimiento y el cuerpo gestante y contrastarlas según la profesión.
- Analizar las nociones de riesgo en los discursos profesionales en torno al proceso de nacimiento y el cuerpo gestante
- Indagar en torno a sus valoraciones sobre las guías y pautas del Ministerio de Salud acerca del embarazo, parto y puerperio.

A continuación se presentaran los principales supuestos, que se desprenden de la revisión de los antecedentes consultados en torno al estudio del nacimiento y a la revisión teórica en torno al problema:

- 1) La prevención del riesgo es el principal objetivo de la intervención médica en el embarazo, y bajo este argumento se justifica y legitima el control al que los cuerpos de las mujeres gestantes son sometidas.
- 2) Existe una visión del embarazo como un proceso meramente biomédico en donde se subestima, o no se reconoce la importancia cultural y simbólica del embarazo para la mujer.
- 3) Existen diferencias en los discursos de los distintos profesionales con respecto a la mujer gestante, según el rol que ocupa en el proceso de nacimiento.
- 4) Las mujeres son objeto de diferentes prácticas protocolarizadas y sistemáticas que los/as profesionales deben realizar, así el proceso de nacimiento transcurre como un

itinerario, que ordena y dirige constantemente los pasos que deben seguir las mujeres.

- 5) Existe así un rol esperado de la mujer embarazada, respecto a sus estilos de vidas en el transcurso del embarazo y el parto en donde el no seguimiento del mismo es mal visto por los profesionales.

Estrategia Metodológica

Para cumplir con los objetivos planteados, se consideró pertinente una estrategia metodológica de carácter cualitativa. Esto permitió en primer lugar conocer los discursos y representaciones de los profesionales indagados, para luego analizarlos e interpretarlos poniendo el foco en sus subjetividades y en los procesos por los cuales éstos le dan significado y perciben su realidad.

La perspectiva desde la cual nos situamos para el análisis es la del actor, ya que el mismo “tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de dicho actor” y que “la realidad debería ser descrita y analizada a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo la perciben, de cómo viven su realidad” (Menéndez, 2000 citado en Montes, 2007).

“Los datos obtenidos por este método no tienen como finalidad la representatividad estadística, sino que deben ser valorados en su sentido cualitativo respecto a la producción de interpretaciones acerca de la realidad y problemas planteados en un tiempo y contexto determinados” (Montes, 2007: 84).

La unidad de análisis se compuso por ginecólogos, parteras y enfermeras.

En el caso de las enfermeras se incluyeron aquellas que se dediquen exclusivamente al proceso de nacimiento, ya que consideramos tienen una cercanía relevante a la hora de analizar dicho proceso.

Por su parte, las parteras son definidas desde la Universidad de la República como profesional “capacitado para proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación

necesarias durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica” (Universidad de la República). Así las parteras se vuelven un actor relevante a la hora de analizar el proceso de nacimiento.

Finalmente, es indispensable analizar este proceso desde el punto de vista de los ginecólogos, ya que son los profesionales que -suponemos- más poder tienen en la toma de decisión, definición y prácticas en el proceso de nacimiento.

Técnicas de recolección de datos

La técnica de relevamiento de datos usada fue la entrevista en profundidad, semiestructurada. El instrumento de relevamiento fue una pauta de entrevista que se basó en un esquema de preguntas flexibles y no estandarizado, y pretendió ser una conversación realizada a los sujetos con la finalidad de tipo cognitivo (Batthyany, 2011). Esta técnica nos permitió acercarnos al conjunto de representaciones asociadas a acontecimientos vividos por los sujetos.

Se realizó un total de 18 entrevistas en profundidad semi estructuradas, de las cuales 7 son ginecólogos, 6 enfermeras y 5 parteras. Dentro del grupo de ginecólogos se entrevistaron a 3 hombres y 4 mujeres, en los restantes grupos todas las entrevistas fueron hechas a mujeres. Se entrevistaron profesionales tanto que trabajan en Salud Pública, como profesionales que trabajan en el sector privado.

La estrategia de muestreo se realizó mediante bola de nieve, se seleccionó a algunos sujetos inicialmente de manera arbitraria, y valiéndose de las redes personales de los mismos, se buscó ampliar progresivamente el grupo de potenciales entrevistados que compartían las características necesarias para el objeto de estudio. Con la finalidad de evitar sesgos, se buscó lograr la mayor heterogeneidad posible en el grupo de entrevistados, para esto se buscó incluir tanto profesionales hombres como mujeres, aunque esto solamente se pudo cumplir en el caso de la profesión médica. Por otro lado, se

procuró incorporar en la muestra tanto profesionales¹ que trabajan en el sector público como en el privado. Y por último se buscó balancear la inclusión de entrevistados en términos de la antigüedad en el puesto de trabajo, en donde se logró entrevistar tanto a profesionales que ingresaron al proceso de atención del nacimiento en un tiempo reciente, como aquellos que llevan muchos años trabajando. Estas dimensiones serán consideradas en el análisis siempre que sea pertinente.

Estrategia de análisis de datos

Para el análisis de los datos se buscó seguir los dos puntos que propone Scribano (2007):

Conectar información con imputación de sentido, así se buscó analizar e interpretar buscando puentes de textualidad construida por los sujetos participantes y la interpretación del sentido de dicho texto. Los puentes son entonces las mediaciones práxicas “entre juegos de lenguaje presentes y sentidos circulantes entre práctica del sujeto que informa, el lugar desde donde se lo escucha y el significado del encuentro de estas dos prácticas narrativas (...) tendiendo puentes entre la información, siguiendo el camino de los fragmentos, adviene un momento de totalidad crítica sobre el sentido del fenómeno. Desde aquí los resultados de las entrevistas los discursos y documentos escrutados, las notas de campo releídas, etc., se transforman en el material de las mediaciones.” (Scribano, 2007:122).

Mantener una vigilancia y alerta metodológica: es decir, mantener la práctica sistemática de dudar de las interpretaciones evitando su naturalización. Al interpretar es fundamental no ratificar dicha interpretación, así la vigilancia epistemológica es una tarea de evitación y disolución constante. “Por un lado, mantener reflexivamente la objetivación del objetivado posibilita eludir obstáculos epistemológicos. Por otro lado sostener la reflexividad permite identificar las naturalizaciones de segundo orden, es decir, las cristalizaciones y coagulaciones que se producen en la aceptación como dada de las construcciones teóricas del investigador” (Scribano, 2007: 123).

¹ No se incluyó en la muestra ninguna partera de Nacer Mejor u organizaciones que promueven los partos extra institucionales con el fin de evitar sesgos.

Para el tratamiento de la información recabada, se desgrabaron todas las entrevistas para luego organizar la información en las principales categorías y códigos. Para esto, se utilizó el programa MAXQDA, en donde se codificó en primera instancia en cinco dimensiones principales, de las cuales, a su vez, se desprenden 21 códigos².

Para el análisis se buscó, en primer lugar, identificar las distintas creencias, valores, opiniones, representaciones e ideas que se encuentran en los discursos; detectar cuáles son las más recurrentes, las que aparecen con mayor frecuencia, a cuáles les dan mayor significación, sin dejar de lado aquellas creencias más particulares o puntuales.

En segundo lugar, se buscó comparar y contraponer los distintos discursos según el rol que cada profesional tiene en el proceso de nacimiento, con el fin de entender cuáles son los puntos de encuentro y desencuentro.

En lo que respecta a las prácticas se analizaron diferenciando los tres momentos del proceso de nacimiento: embarazo, parto y puerperio.

Finalmente, se buscó articular el análisis de los distintos discursos con el marco teórico.

² Las dimensiones y códigos pueden ser consultadas en ANEXO

Análisis de resultados: entendiendo el proceso de nacimiento en Montevideo

Para entender lo que aquí hemos denominado como proceso de nacimiento, es importante comprender que el mismo no es solamente un proceso biológico sino que es construido socialmente. Esto quiere decir que en este proceso entran en juego distintas ideas, valores, creencias, que son compartidas por todos aquellos que hacen parte y participan del proceso de nacimiento en determinado tiempo y contexto. Por otro lado, es necesario señalar que las distintas representaciones y prácticas respecto al proceso de nacimiento, no han sido estáticas a lo largo de la historia sino que cambian continuamente. En los siguientes apartados se presenta el análisis de los distintos discursos y representaciones de los profesionales de la salud en torno al proceso de nacimiento en Montevideo. El análisis se divide en cinco grandes capítulos: el primero refiere a los distintos aspectos vinculados a la mujer, la participación, la relación que los profesionales establecen con ella, las expectativas respecto a la misma y el acompañamiento en el dolor. Luego, analizamos la medicalización del nacimiento a través del uso de la tecnología, las distintas percepciones sobre la institucionalización y los partos domiciliarios, y el lugar que ocupan las nociones de riesgo. En el tercer capítulo analizamos los discursos sobre las prácticas en el proceso de nacimiento en donde se recoge la percepción sobre el control y las desigualdades en la atención público y privado. En el siguiente capítulo analizamos el conocimiento, adhesión y grado de acuerdo con las distintas guías y manuales. En el quinto y último apartado analizamos las distintas propuestas de cambios por parte de los profesionales.

El papel de la mujer en el proceso de nacimiento

Orejas más grandes y boca más chica

“La historia de la medicina no escapa de los sesgos patriarcales de las otras ciencias, y además de la genealogía oculta y de los sesgos de género en su contenido, ha olvidado muchas veces que el objetivo de su ciencia se refiere a los seres humanos, que de seres que habrían de ser protagonistas de salud, de ser sujetos de su proceso vital, han pasado a ser objetos dentro de la oferta y demanda sanitaria” (Valls 2009: 16).

Se desprende del discurso de los entrevistados la percepción de que la participación de la

mujer en el proceso de nacimiento ha sido desplazada por distintos factores, perdiendo así el protagonismo y la capacidad de elección sobre su propio cuerpo. Se presentan en dichos discursos distintos impedimentos a la hora de permitir a la mujer tomar sus propias elecciones.

Dentro del grupo de ginecólogos, se menciona como un impedimento a la hora de permitir a la mujer elegir la forma en que desea parir, la falta de experiencia como profesionales de la salud en métodos alternativos de asistencia al parto. Mencionan determinados sentimientos como lo son el “miedo”, “la inseguridad”, “la falta de costumbre” asociados a la falta de información en dichos métodos.

“Creo que es un tema mucho de inseguridad nuestra también (...) a veces hay mucho miedo porque uno aprende a hacer parto en camilla de partos (...) A la hora del parto a nosotros nos tiembla poner a la paciente en cuclillas, porque no estamos acostumbrados, no nos formamos así”. (Ginecóloga 4, 48 años)

Por otro lado, surge en los discursos no sólo médicos sino también de enfermeras, la falta de infraestructura y equipamiento como una limitante a la hora de dar opciones a la mujer. Pareciera, según los discursos recogidos, que la mayoría de las instituciones carecen de infraestructura adecuada y adaptada a formas que no sean las tradicionales (en camillas horizontales de parto).

El protagonismo en la toma de decisiones de la mujer al momento del parto, parece quedar a un lado frente a la decisión del médico respecto a cómo debe encaminarse el trabajo de parto, existiendo además tantos caminos y resultados posibles como equipos médicos, centros hospitalarios, o profesionales a cargo. Esto es mencionado por los tres grupos de profesionales, dejando notar cierta inconformidad. Tal como lo señala Garre (2014), “Estamos ante una experiencia extra-corporal, ante un desdoblamiento por el que las mujeres viven sus embarazos y partos a través de los especialistas, careciendo sus sensaciones de valor objetivo. Se trata, en definitiva, de un viaje astral, de una apropiación de sus propios sentidos que reviste a los profesionales en expertos del conocimiento de las cosas tal y como ellos las definen” (Garre, 2014: 332)

“Si pusieras a 10 ginecólogos y vieras el mismo parto con 10 ginecólogos distintos, capaz que unas terminan operadas, unas terminan en parto, otra con un parto parada, podrías ver

de todo es realmente tan amplio el abanico que no te puedo decir” (Ginecóloga 4, 40 años)

Se desprende de diferentes discursos que son las mujeres las que deben adecuarse tanto a los equipos como a los lugares y no así a la inversa. En este sentido, podríamos decir que a la hora del parto, muchas veces el protagonismo pasa a ser de los médicos y no de la mujer. Al momento de elegir la forma en la que ella va a parir, se prioriza la “comodidad” del médico para asistir ese parto a las preferencias de la mujer. Este hallazgo va en línea con los antecedentes reseñados en este trabajo. Montes (2007) afirma que la institucionalización del embarazo ha adquirido tal importancia, que las mujeres pierden control sobre sus cuerpos. “En las relaciones que se establecen con los/as profesionales se van reafirmando el poder y hegemonía del sistema médico en el dictamen de “cómo deben ser las cosas” (Montes 2007:117).

“Se medicalizó tanto y se institucionalizó tanto el embarazo que pasó como a que el médico sea el principal actor de todo esto y en realidad se pierde el enfoque de que lo principal acá es la mujer y su familia (...) pasa mucho también al momento del nacimiento, de cómo se da el parto y todo eso, que la mayoría de los médicos, y me animo a decirte un 70 - 80% importa la comodidad del médico, la mujer pare como el médico le quede cómodo, la mujer tiene fecha cuando el médico esté disponible (...) Y si te tengo que decir que la mujer me dice: quiero parir en cuclillas, ¿y pare? ¡Te digo que no! En general paren sentadas o acostadas y en la posición cómoda para el médico que no es la posición cómoda para ella” (Enfermera 2, 27 años).

Esto a su vez, no es solo mencionado por las enfermeras, sino que es también mencionado por una ginecóloga (ginecóloga 7), quien señala sentirse más cómoda trabajando como a ella “le queda mejor”. Nuevamente, los discursos parecen mostrar que prevalece el factor costumbre o seguridad con el que fueron formados los médicos para asistir partos, quedando rezagadas las decisiones de las mujeres.

“Entonces uno se siente más cómodo trabajando como a uno le queda más cómodo trabajar porque sabés que de esa manera podés solucionar capaz mejor el problema” (Ginecóloga 4, 48 años).

En la mayoría de los relatos surge una comparación con el pasado, la visión de la atención como algo que no es estático sino que evoluciona y que está mejorando. Si se compara la situación actual con lo que era antiguamente, hoy se percibe a la mujer con una mayor participación y poder de decisión que antes. Se habla de la atención en el pasado como una

atención caracterizada por la imposición, y de la actual, como una en donde se busca escuchar más los deseos y elecciones de la mujer. Esto a su vez, está enmarcado en un proceso social más amplio que tiene que ver con la transición hacia una atención más humanizada, en este sentido las guías en salud sexual y reproductiva del MS señalan que éstas “se enmarcan en el cambio del modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud, la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso del nacimiento, el empoderamiento de las mujeres y su autonomía y la atención integral de la salud” (MS, 2014).

“Ahora se la está escuchando mucho más, porque hay toda otra movida del empoderamiento de la mujer desde todos los ángulos, y la mujer también está más consciente de sus derechos entonces hoy en día se le escucha más” (Enfermera 3, 30 años).

“Lo percibo mejorando pero todavía lejos de la meta que tiene que ser que la mujer francamente pueda definir cómo, dónde y con quién parir y que efectivamente se visualice como que el ejercicio de ese derecho, es un derecho” (Partera 5, 50 años).

“Por eso te digo ahora desde hace un tiempo estamos, uno tiene un poco las orejas más grandes y la boca un poco más chica, entonces escuchas un poco más, hablas un poco menos y vas viendo qué es lo que se solicita, qué es lo que pretende, qué ilusiones tiene” (Ginecólogo 7, 50 años).

La cita anterior da cuenta de la existencia en los relatos de una mayor predisposición a la escucha de la mujer, en este aspecto se encuentra un conjunto de orientaciones que parecen apuntar a que la mujer tenga mayor protagonismo o poder de decisión como lo es la implementación de los denominados “Planes de Parto³” como una herramienta que permite mayor escucha a las mujeres.

“(…) los planes de parto son respetuosos, no me cabe dudas que deben de ser asesorados por alguien y de a poco vienen insertándose mejor en los equipos de salud y en los servicios si (...) Es algo relativamente nuevo de la mano con esta tendencia de humanizar el nacimiento, las mujeres se preparan para el parto y traen escrito desde el ingreso hasta que se van qué cosas, cómo le gustaría que sucedieran las cosas, en términos generales lo que plantean es cosas más que lógicas, el respeto por su intimidad” (Partera 5, 50 años).

Sin embargo, a pesar de que existan mujeres que plantean un plan de parto, se deja ver en diferentes discursos que siguen existiendo barreras para que el mismo sea tenido en cuenta,

³El Plan de Parto es un documento en el cual las madres expresan a los equipos médicos sus voluntades, señalando las preferencias a la hora del parto y dejando por escrito su conformidad o no con las diferentes formas de intervención.

y por ende, que sea respetada la voluntad de la mujer. Se menciona también en varios relatos de los diferentes grupos, la dificultad que presentan aquellos profesionales con más años de profesión o de edad para adaptarse a las nuevas prácticas de asistencia humanizada, generándose incluso roces en aquellos casos en los que se buscan incorporar los nuevos modelos de atención al parto.

“(…) las pongo boca arriba en cuatro puntos de apoyo tipo en cuatro, pujan re bien. Y si les puedo asistir el parto así yo se lo asisto. El tema es que yo estoy haciendo eso así y viene un ginecólogo de 60 años y me dice, ¿qué estás haciendo? Porque están acostumbrados a otra escuela.” (Partera 2, 35 años).

“Sucede todavía mucho esto sobre todo los lugares en donde hay gente más grande trabajando, sucede esto de que miren el papel y dicen “después de tantos años de trabajo quién me puede venir a decir a mí como voy hacer las cosas”, eso pasa...” (Partera 5, 50 años).

En síntesis, los entrevistados identifican cinco tipos de barreras a la hora de que las mujeres asuman protagonismo en el parto: la falta de experiencia o formación de los médicos, la infraestructura no adecuada, la discrecionalidad, la “comodidad” del médico y la cuestión generacional. Si bien se está comenzando a vivenciar un cambio en cuanto a la escucha de la mujer, a tener en cuenta sus elecciones y decisiones en su parto y a la posibilidad de elección de formas alternativas para el nacimiento, esto no solo implica un cambio en las prácticas profesionales, sino que debiera estar acompañado de un cambio en la formación profesional y de una adaptación de los espacios físicos de asistencia al parto. El hecho de que los profesionales no hayan sido formados para la atención del parto en otras posiciones que no sean en el formato horizontal, genera miedos, inseguridades, dudas y esto se torna en un impedimento para que acompañen estos cambios. La falta de infraestructura es una razón más para que los partos se continúen realizando en camas horizontales a pesar de la elección que pueda a llegar a tener la mujer.

Relación con la mujer

En lo que respecta al discurso médico en cuanto a su vínculo o relación con la mujer, se encuentra en general que se asume una relación de autoridad-obediencia. Si bien en muchos casos se menciona tener en cuenta las consideraciones de la mujer, frases como: “hablarle desde el punto de vista sincero pero al mismo tiempo firme”, “no por eso uno tiene que ceder ante todo”, “capaz que haya que dejar en claro hasta dónde llega cada

límite”, denotan de cierto modo una relación de autoridad médico-mujer. Castro (2015), plantea en este sentido que en el parto se genera un orden institucional en donde el protagonismo, la jerarquía y la autoridad la tiene el médico y los distintos profesionales de la salud, y que la mujer asume un rol de cooperación o de ayuda a la tarea del médico, quien es dueño del saber y deben aceptar que ellas no saben o no saben tanto como los médicos acerca de su propio proceso de parto, por lo tanto deben acatar la autoridad médica.

Por otro lado, la violencia obstétrica es definida como “(...) toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (Medina, 2008 citado en Magnone 2011). En los discursos relevados, la violencia obstétrica parece estar asociada a otra época, a algo que pasaba antes, o que pasa en otros países.

“(...) lo que me cuentan otros colegas que han estado en otro lado del mundo, y acá estamos muy bien ahora”. (Ginecólogo 5, 32 años)

Algunos discursos sugieren una suerte de necesidad por “defender” o no asumir totalmente la situación de violencia, utilizando frases como “acá estamos muy bien ahora”, “hasta los más veteranos han modificado un montón de lo que hacían antes”, “no me ha tocado nunca”. Pero es incluso en estos discursos que al indagar en profundidad, se describen situaciones donde sí les ha tocado, pero no son asumidas como violencia obstétrica.

“Sí he estado en situaciones donde de repente, la falta de tacto, o la falta de consideración, o un poco la falta de respeto rompen el vínculo y hay mal relacionamiento” (Ginecólogo 6, 32 años)

Interpretamos que existe una “naturalización” o “invisibilización” de la violencia. En esta línea, Castro (2015) señala que en los contextos de desigualdad de género se generan un cúmulo de conductas que provienen de esta desigualdad. Muchas veces los propios actores las perciben como “naturales”, ésta “naturalización” de la desigualdad es la que genera y contribuye a que las mismas sean invisibilizadas.

Aparece también la necesidad de anticipar a la paciente la forma de trabajo que cada

profesional tiene, quedando entonces a criterio de la mujer optar o no por ese profesional. Así lo menciona una ginecóloga (Ginecóloga 1) demostrando que en su caso, prima el individualismo, su forma de trabajo, frente al vínculo con la mujer.

“Yo atiendo tal día a tal hora, mi forma de atender es así así asá, ¿qué es lo que vos querés? Se hace como un arreglo de lo que quiere, lo que no quiere, entonces ella queda libre de seguir contigo o cambia, entonces ta, o sea uno es claro en cómo está acostumbrado trabajar y después ella también qué es lo que pretende o qué es lo que quiere, y si encuadra sigue, si no se podrá cambiar” (Ginecóloga 1, 60 años).

Al indagar en las percepciones de las enfermeras en torno al vínculo con la mujer, se entiende este como un vínculo cercano, directo. Se menciona en varias ocasiones que la enfermera es quien está en permanente contacto, desde que las usuarias entran hasta que se van, dándole a la mujer toda la atención. Por otro lado surge también en ese vínculo, la figura de la enfermera como un nexo entre la mujer y el médico, la que desde otro lugar informa y “traduce” lo que él médico dice con palabras técnicas.

“(…) es como un vínculo no tan médico sino que se vuelve como social (…) Ya es como otro tipo de relación pero si, es como llevar un poco la medicina más a la criolla.” (Enfermera 3, 30 años)

El vínculo que mencionan tener las parteras con la mujer, es completamente distinto al mencionado por los médicos. Y si bien es más cercano al vínculo que relatan las enfermeras, es también diferente. En todos los discursos de las parteras existe un punto en común, y tiene que ver con reconocer que el nacimiento es un momento cargado de significación, donde se valora mucho lo emocional, lo que significa el nacimiento para la mujer. Sin embargo, también existe en las parteras una especie de idealización de la maternidad, asumiendo y dando por sentado que tanto el “ser madre”, como el momento del parto, es deseado por todas las mujeres, utilizando frases como: “estar en uno de los momentos más importantes de lo que significa para esa familia, esa madre”, “para muchas mujeres ser madre es una de los principales deseos”, “la mujer está invitándote a participar de uno de los eventos más importantes de toda su vida que es la llegada de su hijo”.

Aparece también la empatía y el reconocimiento de la vulnerabilidad de la mujer en una situación como el parto. Se menciona en prácticamente todos los casos, “el dolor”, “el miedo”, “los nervios”, “el cansancio”, “la incertidumbre” por el que pasa la mujer al

momento de tener un hijo. En todos los casos se menciona la necesidad de “acompañar”, de “contener” y de generar lazos de “confianza” hacia la mujer.

En síntesis, en lo que refiere al vínculo del médico con la mujer, se encuentra que se construye una relación de autoridad, en donde la mujer debe acatar las decisiones del médico y se da lo que Castro (2015) denomina una interacción asimétrica, en donde el médico aparece como el detentador del saber y la mujer como una simple paciente. En el caso de las enfermeras aparece en el discurso la idea de cercanía, de contacto constante, de presencia, y a su vez la idea de un nexo entre la relación médico-paciente. Las parteras en cambio tienen un vínculo con la mujer desde otro lugar, desde un lugar de contención, de empatía, de acompañamiento. Sin embargo, aparece también aquí una idealización de la mujer-madre, en donde se da por sentado y se asume el parto como uno de los momentos más importantes para ella. De este modo, el vínculo entre los profesionales de la salud y las mujeres, según sus relatos, parece moverse entre dos extremos: la imposición/autoridad y la empatía/compasión.

Representaciones en torno al cuerpo gestante

Para conocer las distintas expectativas de los profesionales sobre la mujer, sus comportamientos y estilos de vida durante el embarazo, se indagó acerca de las pautas que recomiendan a las embarazadas. Esto de alguna manera permite acercarnos al supuesto de partida de que existe un rol esperado de la mujer durante su embarazo.

En este sentido se encontraron principalmente tres grandes tipos de comportamientos esperados: i) comportamientos asociados al control del embarazo, llevar una vida “normal”, no sentirse enfermas durante el embarazo; ii) expectativas asociadas a los estilos de vida (alimentación, ejercicio, consumo de sustancias) y iii) expectativas que tienen que ver con lo emocional y significativo del embarazo, su planificación y la conexión de la mujer con su propio cuerpo.

Control del embarazo

Una de las principales expectativas que aparece con mucha frecuencia y que todos los grupos de profesionales esperan de la mujer embarazada, tiene que ver con controlarse el embarazo. Es mencionado con palabras como “obviamente”, “básico”, como algo que se espera y no se cuestiona. A su vez, de alguna manera aparece una carga moral en la expectativa del control, ya que se utilizan frases como “ser responsables”, “la conciencia”. Controlarse el embarazo no es solamente algo esperado, sino que se asocia a un acto de responsabilidad.

“El control del embarazo es básico, es básico porque en realidad es lo que te va ayudar a que ese embarazo termine en buen puerto, ¿entendés?” (Enfermera 2, 27 años)

Vida normal

Por otro lado, se menciona también, con mayor frecuencia en el grupo de ginecólogos, el hecho de que el embarazo es un estado fisiológico normal y por ende se espera que el embarazo sea vivido llevando una vida “normal”. Se hace referencia a la normalidad, como algo que se da por sentado, que no se cuestiona, entendiendo a las mujeres como una totalidad unificada y homogénea sin tener en cuenta las distintas pluralidades.

“Número uno, el embarazo no es una enfermedad, se debe vivir normal, normal, normal. Vivir los días igual a lo que hacía uno siempre. Trabajar. Hacer una vida normal” (Ginecólogo 6, 32 años).

Si bien durante muchos años la medicina consideró al embarazo como una enfermedad, esto ya no aparece en los discursos y el embarazo como un proceso fisiológico y no patológico se manifiesta dentro de los profesionales con bastante ímpetu, incluso con cierta resistencia a aquellas mujeres que de alguna manera se sienten enfermas durante su embarazo. Sin embargo, una ginecóloga reconoce que el hecho de que las embarazadas tengan que realizarse tantos controles, y asistan con tanta frecuencia al centro de salud puede contribuir a que asuman el rol de enfermo (Freidson, 1978).

“Las pacientes antes no eran tipo, me embarazo y no hago las tareas de la casa. O me quedo acostada. Hoy en día se embarazan, y más en salud privada y mutualista y se da una ola que están como que les enferman el embarazo, desde el principio. Yo veo que a las pacientes les enferman la mente porque están embarazadas y se sienten enfermas. O tienen

que hacer reposo, les pasa esto les pasa lo otro. Las pinchan. Que el anticoagulante. Que les piden paraclínica cada dos minutos. O sea que viven en el hospital y viven pensando que están enfermas. Padecen su embarazo” (Ginecóloga 4, 48 años).

Sin embargo, este discurso de entender el embarazo como un proceso no patológico, no resulta del todo coherente cuando los mismos profesionales señalan en muchas ocasiones la necesidad de controlar, vigilar e intervenir en los distintos factores de riesgo.

Estilos de vida

En lo que respecta a los estilos de vida, se espera sobre todo que las mujeres mantengan un nivel de alimentación saludable, el no consumo de sustancias ya sea tabaco, drogas o alcohol y la realización de ejercicios que no sean de impacto. Si bien en los tres grupos de profesionales se encuentra este tipo de expectativas, en algunos casos la forma en que lo expresan manifiesta una distinción en cuanto a lo que se espera. Gran parte de los profesionales hablan en este sentido desde un lugar de “aconsejar”, “sugerir” “promover” en el caso de la alimentación y “desalentar” en el caso del consumo de sustancias, pero no parecieran ser órdenes u obligaciones que se le impone a la mujer. Solamente en un caso se habla del cuerpo de la mujer desde lo que a ella le sirve y quiere, como si el cuerpo le correspondiera, utiliza términos como “no podes usar”, “le permito”, “no me sirve a mí para nada”, “yo quiero”.

“(…) no tomas desayuno de mañana al mediodía de tarde y de noche, ¡no! Es fraccionada cada dos horas tiene una ingesta (…) no puedes comer todas harinas que engorden ¡no! Comida de buena calidad, o sea carnes, verduras y frutas todas pero no te llenes la panza con harina bizcochos y mate, no me sirve a mí para nada, salvo que a vos te encantó, entonces pero no, yo quiero comida de buena calidad nutricional.” (Ginecóloga 1, 60 años).

Como se menciona previamente, desde la institucionalización del nacimiento se interviene cada vez más en todas las etapas del proceso de nacimiento. En la actualidad se comienza en muchos casos la intervención desde antes de la concepción, por lo que una de las conductas que algunos profesionales esperan de la mujer, tiene que ver justamente con la planificación previa al embarazo.

“Para mí es súper importante que el embarazo sea algo planificado, (…) pero hoy en día que tenemos un montón de factores de riesgo cada vez más y que no sabemos que los

tenemos, para mí planificar un embarazo y prepararse para ese momento sería como lo ideal” (Enfermera 1, 27 años).

Algunas parteras y enfermeras en cambio, proponen una visión del embarazo como algo innato en las mujeres. Así, recomiendan que “usen el instinto”, “se conecten con su cuerpo”, “busquen apoyo”, “apliquen el sentido común” En esta visión se puede ver cómo la idea de la maternidad y la mujer están sumamente idealizadas.

“Yo diría que usen el instinto y que se conecten con lo que les está pasando, con lo que sienten (...), tratar de que a ver qué es lo que ellas sienten, les parece, y bueno y tener confianza en lo que a ellas les parece (...) y bueno saber que ellas son las dueñas de su cuerpo, de lo que les está pasando y que no tengan miedo de preguntar o de cuestionar lo que le dicen, porque, a ver... es su salud y la salud de su bebé informarse en base a lo que a ellas les parece” (Enfermera 3, 30 años).

“No toda mujer que llega a ti embarazada está feliz de estar embarazada, entonces siempre plantearle la posibilidad de si es su deseo poder no seguir adelante con el embarazo (...), cuando la situación es la contraria, es un embarazo o buscado o capaz que no es buscado pero es aceptado hoy y decido continuar, bueno, lo primero es ver como ella va a amalgamar esta nueva situación a su vida y lo primero es que aplique el sentido común, que a veces es el menos común de los sentidos, pero ver que le va pidiendo especialmente su cuerpo, nosotras las mujeres tenemos un saber ancestral (...) pero el embarazo es un momento en el que la mujer se mete para adentro y empieza a tener esa conexión tan especial.” (Partera 5, 50 años).

¿Parir con dolor?

El dolor es un factor no menor a la hora de prepararse para el parto, está presente en la mayoría de las mujeres, si bien en distintos rangos, pero la forma en que se acompaña en este dolor resulta algo importante a la hora de comprender las distintas representaciones de los profesionales de la salud. Es así que se indagó acerca de las percepciones que tienen sobre el dolor en el parto y las formas que habitualmente se ofrecen para aliviarlo. Surgen aquí dos principales aspectos: la utilización de la analgesia como un método farmacológico para aliviar el dolor y la utilización de métodos no farmacológicos (los masajes, la respiración, la utilización de pelotas aerodinámicas, música y técnicas de relajación en general). Dentro del primer punto, existen discursos encontrados y distintas posturas entre los profesionales. El segundo aspecto sin embargo, si bien se encuentra alguna diferencia, parece estar bastante más difundido entre los distintos entrevistados.

En lo que refiere al grupo de ginecólogos, su primera mención a la hora de contestar sobre el dolor, es la analgesia. La analgesia es percibida como beneficiosa y como una herramienta que debería estar universalizada para todas las mujeres que quisieran tenerla. Argumentan cómo la analgesia permite a las mujeres vivir de una manera más relajada su parto. Aparece en más de un discurso la necesidad de justificar su utilización. Pareciera que el uso de la analgesia estuviera cuestionada, ya que mencionan estudios y pruebas de sus beneficios. “Está demostrado que no tiene complicaciones para el feto” (Ginecólogo 5, 32 años) “Está demostrado que no beneficia en nada el tener un trabajo de parto con dolor” (Ginecólogo 3, 35 años) “Nosotros hicimos un estudio sobre eso (...) para ver si el dolor en el parto tenía algún beneficio sobre el trabajo de parto (...) pues no tiene ningún beneficio” (Ginecóloga 2, 40 años).

Las enfermeras y parteras en cambio, tienen una perspectiva menos intervencionista en lo que refiere a aliviar el dolor. En ambos casos, si bien se menciona que para algunas mujeres en donde el dolor es insoportable podría llegar a ser beneficiosa, el uso de la analgesia es percibido de forma negativa. Las enfermeras específicamente en varias ocasiones, hacen referencia a experiencias en donde los recién nacidos tienen complicaciones y riesgos luego de la aplicación de la misma:

“Nosotros no tenemos muy buenas experiencias (...) por lo general muchas veces terminan los bebés con nosotros en el Cti, entonces no las queremos mucho” (Enfermera 5, 45 años).

“Y he visto recién nacidos que igual se comen unas horas de observación en la nursery porque nacieron medios (sic) quedados, les costó adaptarse, les cuesta respirar un poquito, se van quedando, son más... Entonces tengo como... no sé si al 100% estoy a favor, me parece que no” (Enfermera 1, 27 años)

Las parteras sin embargo, mencionan como una preocupación el hecho de que la aplicación de la analgesia termina generando un mayor índice de partos instrumentales, es decir, que al momento de extraer al bebé, se requiera la utilización de un instrumento, ya sea fórceps, espátula, ventosa, o bien derivar a una cesárea, dado que el hecho de que las mujeres no sientan dolor, hace que también pierdan la sensibilidad a las contracciones o el pujo. Este aumento de los partos instrumentales es también asumido por un ginecólogo, sin embargo se desprende del tono y la forma en que lo expresa, que en su caso y a diferencia de las parteras, este hecho no genera preocupación.

“La analgesia independientemente de los costos o si es gratis o si es paga (...) tiene un índice más alto de fórceps y cesáreas, porque la analgesia, depende cómo, pero la mujer no siente nada a veces y no colabora, por lo tanto no puede pujar y como no puede pujar termina en un fórceps o en una cesárea” (Partera 3, 45 años).

“La analgesia en el parto es algo fabuloso porque la mujer no siente nada, pero hay que tener en cuenta que no va sentir nada, no va a estar en contacto con su cuerpo porque está bloqueado, no va a estar en contacto con su bebé porque no va a sentir el pujo ni las contracciones, el dolor en el parto es un dolor que es aliado al proceso” (Partera 5, 50 años).

Un punto de encuentro que existe en los tres grupos de profesionales respecto a la analgesia tiene que ver con el hecho de que en Uruguay la misma no es accesible de forma gratuita en todos los prestadores de salud. Esto es percibido como algo negativo, ya que en aquellos casos en que el dolor es realmente intolerable, aunque se quisiera dar la oportunidad de la analgesia, la misma no es gratuita y se menciona tiene un costo de aproximadamente USD 1.000, lo que la hace inaccesible para un gran grupo de mujeres.

Por último, se plantea la idea de problemas logísticos respecto a la distribución de la analgesia, ya que incluso en aquellos centros de salud en donde se otorga de forma gratuita, existen rangos de horarios en las cuales se da el fármaco, que están asociados a los horarios en los que está el médico anestesista, lo cual resulta inadecuado ya que el nacimiento no se puede programar en un horario. En síntesis, más allá del grado de acuerdo o no con la utilización de la analgesia, la accesibilidad del fármaco es percibida por todos los grupos de profesionales como una complicación, mencionando en este aspecto diversos problemas asociados a la distribución, costo, administración y receta.

“Y el Pereira Rossell funciona muy mal, porque hay analgesia de lunes a viernes de 8 a 20 horas pero no funciona hasta las 20 horas, funciona hasta mucho más temprano, y es siempre un problema. Porque los anestelistas se tienen que ir, no se quedan, entonces ta. Y además los tiempos del nacimiento no tienen un horario. No es que, ah te puse la alarma tenés que haber nacido dale, para las 20 tenés que nacer porque yo me voy. No funciona así.” (Ginecólogo 6, 32 años).

“Una cosa es trabajar en un sanatorio y otra en ASSE. Porque en ASSE si yo pido una analgesia es gratis. En el sanatorio si pido una analgesia sale 800 dólares entonces. Por más que vos digas, no quiero sentir dolor ayúdame. Y no le podés decir ¿Tu tenés 800 dólares para pagarla? (...) Entonces queda horrible. Tratás de no ofrecer cosas que ves que la paciente no puede acceder. Es complicado. Es un platal.” (Partera 2, 35 años).

La segunda opción que aparece al tematizar sobre el dolor, tiene que ver con el uso de técnicas alternativas, no tradicionales y no invasivas para mejorar la percepción del dolor. En general estas técnicas son conocidas por todos los grupos de profesionales, sin embargo en el caso de los ginecólogos no es una respuesta que surja espontáneamente, sino que es mencionado una vez que se les consulta, a diferencia de las parteras y enfermeras, que surge con mayor espontaneidad. Dentro de las distintas técnicas que se mencionan, muchas tienen que ver con permitir a la mujer tomar la elección de las distintas alternativas que tiene respecto a su cuerpo a la hora del trabajo de parto, y en este sentido algunas de las alternativas que se mencionan tienen que ver con la posibilidad de “deambular”, “darse duchas de agua caliente”, “utilizar pelotas aerodinámicas”, la utilización de “técnicas de respiración”, “masajes”, “música”, “aromaterapia”, entre otras.

“Yo creo que hay un abanico de opciones que cada vez son más aceptados, cada vez se ven menos raros en las situaciones y bueno tiene que ver también con las decisiones personales, con el permitirle a la mujer vivir su proceso como lo quiera vivir” (Enfermera 2, 45 años).

Se percibe que hay un cambio respecto al pasado, se hace referencia en más de una ocasión a una mayor difusión y aceptación del uso de estas alternativas. Se ve esto como algo que está “avanzando”, “mejorando”, “cambiando”. Se menciona a su vez que estos cambios vienen de la mano de profesionales jóvenes, quienes incorporan y alientan el uso de estas técnicas.

“Creo que vamos avanzando, antes vos decías, no, yo quiero tener un parto en el agua y te decían pero sos un bicho raro, ahora está más aceptado (...) yo creo que vamos por un camino mejor, en la humanización de la atención” (Enfermera 2, 45 años).

Por otro lado, el dolor es algo que no se cuestiona, que se da por hecho en todos los grupos de profesionales, incluso es señalado por una ginecóloga, que en escalas de dolor, el dolor en el parto es de los más fuertes que puede sentir un ser humano.

Otro aspecto que se considera tiene efectos en la percepción del dolor es la información, el hecho de que la mujer sepa a qué se va a enfrentar se considera permite que afronten de una manera diferente el dolor y esto tiene consecuencias positivas sobre la percepción del

mismo.

“Yo creo que llegar al parto en una instancia donde vos conocés tu cuerpo, donde vos tuviste un tiempo para vivir ese embarazo y hay una preparación, y conocer el proceso, baja el dolor porque también tiene que ver con bajar las tensiones, el estrés” (Enfermera 2, 45 años).

En el caso de las parteras, consideran a su vez que otro factor que incide en la percepción del dolor tiene que ver con lo emocional, cómo llega el embarazo a esa mujer, si fue intencional, si está contenta con su embarazo, son aspectos que pueden incidir.

“También en los que de pronto la concepción no fue tan amorosa o en mujeres víctimas de violencia, o en mujeres que saben que sólo pueden ser cuidados por alguna persona cuando están embarazadas, o en adolescentes, esos matices son muchos” (Partera 5, 50 años).

Por último, existe una disyuntiva entre el dolor como algo evitable versus el dolor como algo necesario. El dolor como algo evitable, es la postura que en general sostienen los ginecólogos, señalando que está demostrado y estudiado que el dolor no tiene ningún beneficio en el trabajo de parto. Sin embargo, tanto enfermeras como parteras consideran que el dolor en cierta medida es necesario, es un aliado del proceso ya que permite a la mujer estar conectada con lo que le está sucediendo.

“Yo creo que el dolor en cierta medida es necesario, es como un vínculo con lo que les está pasando, es una fuente de energía el sentir un cierto dolor” (Enfermera 3, 30 años).

“El dolor en el parto es un dolor que es aliado al proceso, duele la contracción fundamentalmente porque va abriendo la puerta de salida del bebé que es el curso del útero” (Partera 5, 50 años).

Medicalización del nacimiento

La tecnología y el nacimiento

El uso de la tecnología es una de las principales características de la medicalización del nacimiento. La constante intervención y el instrumentalismo en exceso son de hecho una de las principales críticas de los entrevistados a la hora de considerar al nacimiento en un ambiente humanizado.

La importancia de la tecnología como herramienta en el proceso de nacimiento, es evaluado por todos los profesionales como algo necesario y fundamental. Se valora su uso sobre todo en lo que tiene que ver con los diagnósticos prenatales y con la posibilidad de detectar, diagnosticar, descartar o confirmar de forma temprana determinadas patologías. Pero existe un acuerdo en que es necesario su uso de forma “medida”, “oportuna” y “racional”. Es mencionado por todos los grupos de profesionales, que el sobreuso de la tecnología puede ser contraproducente e incluso iatrogénico⁴:

“Creo que tiene su lugar. No hay que excederse. Pero usado en exceso y mal usado puede ser iatrogénico. Pero si vos lo usas en exceso termina siendo nocivo. Yo creo que todo tiene su medida. Nada sustituye un control por una persona que sepa controlarte un embarazo.” (Ginecóloga 4, 48 años).

Una partera explica que antes generaba tranquilidad y seguridad dejar a la mujer durante horas conectada a un monitor, en lugar de dejarla en libertad, esto implica que las mujeres estén en continua dependencia del profesional y a su vez de la interpretación de los mismos para saber que está sucediendo con su cuerpo. Así es que según Montes (2007) se potencia el poder del sistema médico, ya que la tecnología lejos de promover autonomía en las mujeres sobre sus cuerpos, genera que lo que en él suceda deba ser constantemente consultado con expertos, quienes darán sentido al embarazo.

“La tecnología está sobredimensionada y creo que ha interferido en lo que tiene que ver con la humanización del parto severamente, nos generaba mucha tranquilidad tener a una mujer ocho horas atada a un monitor fetal para escuchar los latidos de continuo, (...) décadas después se descubrió que en realidad eso no mejoraba el pronóstico más que escuchar en forma intermitente con un doptone o con un pinar pre, intre y pos contracción que en realidad la seguridad era es exactamente la misma y tú podrías a una mujer dejar la libertad de movimiento” (Partera 5, 50 años)

A su vez, si bien se considera que la información que genera la tecnología es necesaria y fundamental, se manifiesta debe ser puesta al servicio de la mujer y de su familia, de manera de respetar el momento del nacimiento como un momento íntimo.

“La tecnología es fundamental porque es necesaria, da una cantidad de información y de garantías pero usada al servicio de ese proceso de salud y al servicio de esa familia, de esa

⁴La **iatrogenia** es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico. Puede ser producido por una droga o medicamento o un procedimiento médico o quirúrgico, realizado por algún profesional vinculado a las ciencias de la salud, ya sea médico, terapeuta, psicólogo, farmacéutico, enfermero, dentista, etc.

mujer, no al revés, o sea la tecnología sobre utilizada o magnificada puede ser perjudicial, no perjudicial, pero si puede cómo alterar ese momento del nacimiento, ese momento íntimo, ese momento de felicidad” (Enfermera 2, 45 años).

Un agente externo al equipo médico: la doula

Durante muchos años las mujeres estuvieron al servicio de otras mujeres en el apoyo del parto y el puerperio. En la actualidad, aparece una figura externa a los equipos de salud que busca cumplir esta función: la doula. “Doula” es una palabra griega que significa sirviente de la mujer. Romero (2009) plantea que la antropóloga Dana Raphael, fue la primera que empleó este término, que proviene de la antigua Grecia, para referirse a mujeres experimentadas que ayudaban a las futuras madres en la crianza de sus bebés. Su rol es proveer a la mujer embarazada una preparación adecuada para el parto, técnicas y estrategias que la guíen y le brinden apoyo (por ejemplo patrones de respiración para reducir el dolor durante el parto), así como también construir una relación de trabajo en equipo con el personal de enfermería, de modo que se promueva la comunicación entre la paciente y los profesionales de la salud (Papagni, 2006 citado en Rodríguez 2017). La doula es un actor relativamente nuevo que se incorpora a un sistema medicalizado en donde, pareciera, su presencia genera resistencias.

Hablar acerca de las doulas en los distintos grupos de profesionales resultó inquietante, la presencia de un actor externo a la institución médica parece generar un conflicto al interior de los equipos. Tanto en el grupo de ginecólogos como en el de parteras se pudo notar un cambio de tono al manifestar su opinión respecto a las doulas. Las enfermeras sin embargo, mantienen una postura más receptiva a su tarea y función.

Entre los ginecólogos, aparece una necesidad de desestimar a las doulas en cuanto a su formación. Se pone el foco, prácticamente en todos los casos, en la “poca formación que tienen”. Se hacen referencias como “se supone que las doulas están capacitadas” (Ginecólogo 6, 32 años) poniendo en duda su capacitación. La falta de valoración de su formación, sumado a la diferencia de cantidad de años de estudio que tienen los médicos, es considerado una razón para no involucrarlas en los equipos. Se entiende que al no tener una formación larga como los médicos, no está habilitada a participar o discutir con los mismos; en este sentido se deja ver una percepción de superioridad del médico con respecto a la doula. Así lo menciona un ginecólogo: “yo tampoco voy a discutir con una

persona que estudió cuatro meses, porque no amerita... yo para algo estudié 11 años, ¿qué me vas a venir a decir vos que tenés cuatro meses de formación?” En más de una ocasión se hace referencia a las tareas para las cuales las doulas no están aptas:

“no es una tecnicatura, ellas no pueden examinar a la paciente porque en realidad no están formados para eso” (Ginecóloga 2, 40 años) “no tienen, no examinan, no tienen control sobre el parto” (Ginecóloga 5, 40 años); “Hacen un buen manejo de la señora pero no son parteras, no son ginecólogos y no son médicas.” (Ginecólogo 7, 50 años) “Las doulas son doulas, las parteras son parteras y el ginecólogo es ginecólogo. Cada quien en su rol” (Ginecóloga 2, 40 años).

Esta aclaración respecto al rol de cada uno, se entiende tiene que ver con el hecho de que algunas doulas, según los relatos de los ginecólogos, tienen confrontaciones con el equipo de salud, “Uno no puede tener ahí adentro una persona que esté constantemente en confrontación con el equipo de salud” (Ginecólogo 6, 32 años) Se percibe que el problema lo tienen las doulas con los médicos porque cuestionan la medicina convencional. “Ellas nos dan palo a nosotros, nos dan lindo, pero ta se agarran de las cosas que se habrán hecho mal, pero bueno...” (Ginecólogo 3, 35 años) En otros casos, se percibe que la doula genera enfrentamientos entre los médicos y la mujer y su familia, “Tenés otras que esperan que vos no estés frente a la paciente para tomar actitudes o consejerías que no está bien encaminados y no son del todo santas y lleva a que vos estés en una situación de confrontación o de rispidez con la pareja” (Ginecólogo 7, 50 años).

Hay también una desestimación de su rol, un ginecólogo señala: “la mujer tiene que estar acompañada por quien ella quiera. Sea madre, tía, abuela, marido, perro o doula. No estoy queriendo ser ofensivo.” (Ginecólogo 6, 32 años) En este caso, Se hace referencia a la doula de forma despectiva, ya que se lista a un grupo de personas por la cual la mujer puede ser acompañada, luego a un animal y por debajo del animal se menciona a la doula. Se deja entrever un tono despectivo y una visión de la doula como algo innecesario, que no tiene importancia, que no afecta: “a veces uno tiene una madre, una tía, o sea estás pagándole a alguien que lo único que hace es bancarte la cabeza (...) ¡A nosotros nada! Porque no nos importa, o sea es como si estuviera la tía. (...) no nos afecta, si quiere traerla que la traiga” (Ginecóloga 2, 40 años).

Mientras el grupo de ginecólogos mantiene una postura de desvaloración y subestimación de las doulas, el grupo de parteras evalúa a las doulas desde una postura más personal, con

una sensación de amenaza. Si bien se mencionan también las cosas para las cuales, creen, las doulas no están capacitadas, lo que prima es el sentimiento de que están siendo “desplazadas”, de sentirse “atacadas”, de que les “sacan el lugar”. A su vez se menciona también el aspecto económico, el hecho de que el trabajo de las doulas es pago por las mujeres y por ende tienden a trabajar con los estratos altos: “son unas estafadoras (refiere a las doulas), estafan a la gente, hacen un cursito de cuatro meses y se creen que nos pueden venir a sacar el lugar, encima no sabes todo lo que le cobran a la gente, nosotras nos matamos estudiando 4 años y estas hacen un cursito y se creen que ya pueden asistir un parto, nos quieren robar el trabajo” (Partera 1, 30 años). Junto con lo anterior, se identifica la necesidad de comparar su trabajo con el de las doulas, se resalta que su trabajo es mucho más amplio que el de la doula. “No es lo mismo estar acompañado por una partera que por una doula y eso lo voy a defender siempre” (Partera 3, 45 años); “no hacen ni cerca lo que nosotros hacemos, pero ellas acompañan desde el punto de vista emocional” (Partera 4, 27 años).

La postura de las enfermeras sin embargo, es completamente diferente, se reconoce la tarea de las doulas como importante y se valora positivamente su colaboración y su aporte a la mujer. Así lo menciona una enfermera (Enfermera 5) “pienso que cumplen su función, de acompañar, (...) tienen una buena función en cuanto a todo el trabajo de parto, conocen a la persona, por lo general siempre las conocen, colaboran en el trabajo de parto en tranquilizar a la usuaria, y todo lo que hablamos del dolor y todo eso, pienso que tienen una función re importante”. A diferencia de los médicos y parteras que centraban su perspectiva en todo aquello para lo cual las doulas no están preparadas, no aportan y no tienen formación, en este caso la perspectiva es de valorar todo aquello en lo que sí aporta en el proceso de nacimiento, se reconoce a su vez como beneficioso el hecho de que las doulas tienen un mayor contacto y conocimiento de la mujer: “creo que es muy bueno que la mujer cuente con alguien con la que trabajo, con la que tuvo encuentros, con la que conversó” (Enfermera 2, 45 años).

Institución versus Domicilio

Hasta hace algunos siglos, el parto domiciliario (PD en adelante) era considerado como algo frecuente, sin embargo en la actualidad en la mayoría de los países son desaconsejados los partos que sean asistidos por fuera de las instituciones de salud. En el

caso de Uruguay casi la totalidad de los partos son institucionalizados, pero existe un cierto número de mujeres que a pesar de saber que el MS recomienda el parto institucionalizado, busca una alternativa diferente: tener un parto domiciliario planificado (Rodríguez, 2016).

Al indagar acerca del acuerdo que los distintos profesionales tienen sobre el PD se encontró que tanto en el grupo de enfermeras como en el grupo de parteras hay opiniones dispares. En el caso de los ginecólogos, el discurso es unánime, rotundo y en concordancia con las recomendaciones del Ministerio de Salud.

Se encontró que la mayoría de los ginecólogos, al igual que cuando se planteaba el tema de las doulas, cambiaban el tono a la hora de hablar sobre el parto domiciliario, y el solo hecho de considerar la opción los ponía en una postura de incomodidad, molestia o resistencia. Lo primero que surge al consultar sobre el PD es la manifestación del desacuerdo, todos los entrevistados expresan de manera contundente su desacuerdo con esta modalidad. A continuación se presentan ejemplos de estas manifestaciones:

“Cien por ciento en contra” (Ginecóloga 4, 48 años) “estoy totalmente en desacuerdo” (Ginecóloga 5, 40 años) “Que no deberían existir, que es lo peor” (Ginecóloga 2, 40 años) “No, yo no participaría en un parto (domiciliario) ¡¡vos hace lo que se te canta!! ¡A ver, dios mío!” (Ginecóloga 1, 60 años) “No estoy de acuerdo” (Ginecólogo 7, 50 años).

El principal motivo de desacuerdo tiene que ver con el riesgo que conlleva atender un PD. Se plantea desde el relato de experiencias propias, que si bien un trabajo de parto puede venir bien, se puede complicar de un momento a otro, en estos casos los tiempos son muy valiosos y contar con infraestructura de reanimación, block quirúrgico y especialistas, en muchos casos salvan la vida de la madre o el bebé. En los relatos de los médicos respecto a este aspecto particular, se puede apreciar una sensibilidad especial, esto parece estar asociado al hecho de que tengan que enfrentarse en lo cotidiano con situaciones en donde el niño o la madre puedan perder la vida. Así lo mencionan dos de las ginecólogas:

“En obstetricia lo vemos nosotros todo el tiempo y es que está todo bien y pasa a estar todo mal en segundos y no había nada que te hiciera imaginar que el bebé haga una bradicardia y se muera ¡en tu cara! (...) lamentablemente tienes que tener un lugar donde tengas las mínimas condiciones de hacer algo” (Ginecóloga 2, 40 años).

“Los niños se mueren. Y si tú estás en una casa y se te complicó un trabajo de parto, y estás con un sufrimiento fetal y tenés que salir corriendo al hospital, se te murió el niño.

¡Se te murió el niño, así! Si la mamá te hace una atonía uterina y una hemorragia, se te murió la madre” (Ginecóloga 4, 48 años).

En esta misma línea, se argumenta como motivo de desacuerdo con el PD, el descenso que los partos institucionales han generado en la morbi mortalidad del binomio materno fetal. Las expresiones utilizadas en este aspecto, tienen que ver con la evidencia que existe y que lo demuestra: “Ya se demostró” “Está demostrado científicamente” “Millones de estudios se han realizado con poder estadístico” “eso demostró disminuir la mortalidad ¡punto!”. Como señala Garré (2014), las razones argüidas desde la medicina, disciplina a cargo del poder sobre el cuerpo humano, se reducen a que el parto en el hospital ha logrado reducir espectacularmente las cifras de mortalidad. Se da una búsqueda continua del riesgo cero y esto ha provocado grandes transformaciones en el rol de las mujeres y los profesionales implicados en el proceso.

Finalmente, si bien la opinión de los ginecólogos es categórica respecto al PD, algunos van más allá y plantean soluciones en el medio de los extremos domicilio/institución. Así lo señala el Ginecólogo 7:

“Sólo estoy de acuerdo si se pudiera en el día de mañana tener dentro de la institución, lugares apartados laterales al predio, ejemplo una casa de nacer dentro del predio, donde haya habitaciones, donde la señora, la pareja pueda prestar el medio que ellos quieran para que sea amigable (...) la posibilidad de actuar en el caso de que sea necesario, porque no necesariamente tiene que ser una cesárea, por ejemplo puede ser que tenga una hemorragia posparto y a veces los minutos son contados y son útiles”.

Las parteras por su parte tienen opiniones divididas, las que están en desacuerdo con el PD tienen posturas muy alineadas con los ginecólogos, se indican prácticamente los mismos motivos referentes a lo importante de los tiempos en caso de complicaciones, a la infraestructura que se necesita en casos de riesgos, etc.

Por otro lado, también se relatan experiencias en las que surge alguna complicación en el PD y son derivados a la institución. Estos casos son muy mal percibidos, ya que se tienen que hacer responsables de una situación riesgosa que no se generó allí y de la cual poseen poca información. La carencia de información está asociada a que el proceso se dio en otro lugar, pero a su vez se relatan casos en los que tanto las mujeres como las parteras ocultan información, ya que es un proceso que está mal visto. Se expresa que en algunas

oportunidades la partera responsable en el domicilio no se presenta en la institución, y son únicamente las mujeres las que terminan sufriendo las consecuencias, ya que en estas situaciones se cuestiona fuertemente que haya decidido parir fuera de la institución.

También se encontró en este grupo argumentos a favor del PD, la Partera 5 considera que sigue siendo ésta la forma más segura y cálida de parir, con la premisa de no intervenir, de respetar los tiempos de la mujer, utilizando técnicas alternativas como herramientas. A su vez, valora en estos partos el contacto piel con piel del recién nacido, criticando las maniobras que se realizan con el mismo en las instituciones. Por otro lado, menciona que los países desarrollados ya han tomado esta orientación del PD, priorizando el nacimiento en un clima cálido, acogedor y poco intervenido. Considera que la decisión de aquellas mujeres que se quedan en su hogar tiene que ver con vivir el nacimiento en un lugar acogedor y de la forma que ella elija.

En el caso de las enfermeras, las opiniones son divididas, nuevamente aquellas que están en desacuerdo con el PD lo hacen en línea con los argumentos que manifestaban los ginecólogos. Pero por otro lado, se encuentran tres casos que señalan estar de acuerdo. Algunas de las razones tienen que ver con un apoyo a las elecciones de la mujer, en este caso se aprueba el PD siempre que la mujer se sienta segura y cómoda con esa opción. Otra razón tiene que ver con el hecho de que si un embarazo corre en las mejores condiciones, vigilado, en seguimiento y sin complicaciones no habría inconvenientes de que se atendiera en domicilio. Se menciona también la posibilidad de poder recurrir a un equipo de salud o de tener un centro de salud cerca en casos de urgencias.

Institucionalización: garantías para nacer

Ante la pregunta de por qué se considera que la medicina es quien tiene que hacerse cargo de la atención del nacimiento o por qué razón se entiende que el parto debe ser institucionalizado, las respuestas y argumentos de los ginecólogos son las mismas razones que se presentan a la hora de manifestar su desacuerdo con el PD, pero en este caso surge con una mayor significación la idea de la institución de salud como “lo seguro”, “la garantía”. También se presenta al médico como actor fundamental ante eventuales riesgos. Se menciona que ante cualquier complicación es la institución la que tiene los recursos necesarios para actuar. Y a su vez, que la evolución de la medicina y la tecnología, y el

saber médico, han permitido mejorar la calidad y expectativa de vida de las personas, al igual que la disminución de la mortalidad prenatal y el riesgo de la madre a otras complicaciones médicas durante o luego del parto.

Las parteras y enfermeras sin embargo están de acuerdo con que el embarazo y el parto sea institucionalizado, pero consideran se debe dar dentro de un ambiente humanizado, y con la menor instrumentalización posible, “que se pueda hacer lo más natural posible, pero con la seguridad de que tenés atrás la parte médica si la precisas” (Enfermera 3, 30 años)

Se reconoce que se ha pasado de una atención más “natural” a un ambiente completamente diferente y medicalizado, sin embargo también se reconoce la seguridad y garantía que la institución genera. Es por esto que se considera la necesidad de un punto intermedio, en donde se respete lo “natural” pero a su vez en casos adversos se valore la tecnología. Se plantea que “ese parto institucionalizado tiene que volver a ser lo mínimamente instrumentalizado posible, o sea volver a darle los tiempos a la mujer, volver a respetar y a tener el mínimo intervencionismo” (Enfermera 2, 45 años)

Discursos sobre prácticas en el embarazo, parto y puerperio

El control

En Uruguay, los controles que se realizan en el embarazo, parto y puerperio están sumamente estandarizados y protocolizados a través de las guías en salud sexual y reproductiva que dispone el Ministerio de Salud (MS), en donde se establece el manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Al indagar acerca de los principales controles que se realizan a las mujeres en el embarazo, todos los profesionales contestan de acuerdo a lo que pauta el MS. El MS establece metas asistenciales, en donde se otorga el pago de incentivos a los prestadores de salud basado en “el cumplimiento de metas de calidad, relacionadas con la mejora de indicadores de atención, la seguridad del paciente y la optimización de los recursos” (MS, 2017). Esto incentiva aún más el cumplimiento y seguimiento de los controles pautados en lo que respecta al embarazo, parto y puerperio. En este sentido, pareciera estar tan estandarizado el proceso entre los profesionales, que el hecho de que sus prácticas estén subordinadas por las políticas sanitarias genera que pueda “autonomizarse completamente hasta el punto de escapar totalmente al control de los trabajadores del terreno que se convierten en simples

ejecutores” (Castel, 1986: 219).

Se considera que los controles son fundamentales para detectar posibles riesgos para la mujer o el feto, “descartar los elementos de alarma” o “la confirmación de un embarazo en condiciones normales” (Ginecólogo 6, 32 años) “vigilar la salud materno fetal” y “detectar posibles complicaciones” (Partera 1, 30 años). En el caso de que se detecte la presencia de un embarazo de alto riesgo, se plantea que se pueden agregar la cantidad de controles que el profesional considere adecuado. Es así que la atención al embarazo se caracteriza por diferentes prácticas protocolizadas y sistemáticas que los profesionales deben realizar. El embarazo entonces “transcurrirá como un itinerario de atención ritualizado que envuelve, ordena y dirige los pasos de las gestantes hacia el nacimiento de sus hijos/as” (Montes 2007: 117).

El cumplimiento de los protocolos establecidos implica gran responsabilidad para los profesionales, los documentos se convierten en una especie de ley que hay que seguir para lograr garantizar una atención de “calidad” (Garre, 2014).

A su vez, se menciona que se busca lograr una captación precoz del embarazo, esto es, antes de las 12 semanas de gestación, algo que también lo establece el MS. Algunos profesionales van más allá, planteando la necesidad de lograr consultas preconcepcionales en lo cual según el Ginecólogo 7 “permite al ginecólogo y a todo el equipo de salud poder ver de antemano qué factores hay para corregir, (...) la necesidad o no de empezar a recibir algún tipo de fármaco que son beneficioso para el embarazo por ejemplo el ácido fólico previamente, poder pesquisar enfermedades infecciosas que tenga, y todo lo que es consejería de una atención preconcepcional y los cuidados previos.” (Ginecólogo 7, 50 años).

En los discursos respecto a los controles del embarazo, se hace referencia en todo momento a aspectos y factores biológicos, se habla de controlar “la altura uterina” “el crecimiento fetal” “la presión arterial” “la evolución de los valores”, sin embargo la fuerte presencia de lo biomédico, hace desaparecer la concepción del embarazo como un hecho sociocultural y simbólico. La mujer parece quedar en ciertos discursos reducida así a lo que pasa en su útero y a los valores que genera su cuerpo. Solamente una profesional

menciona la idea del control como algo integral, no solo desde el punto de vista biológico sino también desde el acompañamiento de la mujer en todo el proceso, un acompañamiento cercano y de calidad y “de todo punto de vista, desde el punto de vista biológico con todo lo que es la paraclínica, las ecografías pero también con todo lo otro que es el asesoramiento, con pautas de cómo va a tener su parto y posterior, pautas de crianza también se pueden trabajar, cuidados en esa recién nacido, cuidados para ella porque siempre apuntamos a lo que le va pasar a ella y al recién nacido (...) el embarazo y el parto es un momento de mucha sensibilidad, de mucha carga moral” (Enfermera 2, 45 años).

Pareciera que los esfuerzos hacia un nacimiento más humanizado se trasladan en una mayor medida a lo que refiere al parto y no así a lo que tiene que ver con el control del embarazo, como se mencionaba anteriormente. Al indagar acerca de los controles que se realizan en el parto, si bien se nombran controles biológicos, como “la dinámica uterina”, “la frecuencia cardíaca del bebe” “la dilatación” “la calidad del líquido amniótico” también se mencionan otros aspectos que tienen más que ver con la contención, con el apego, con la relación médico paciente. “Hay un capítulo aparte que es el dolor en el trabajo de parto” (Ginecólogo 6, 32 años) y sí se visualiza la importancia de “ofrecer cierto confort en el trabajo de parto, explicarle las cosas que están actualmente aconsejadas para hacer y que se pueden hacer y son beneficiosos el trabajo de parto, explicarle los derechos que tiene como usuaria embarazada que va a tener su parto, que puedo hacer, que la beneficia a ella y el recién nacido y a su pareja en el trabajo de parto, luego respetar ciertas condiciones que muchas tienen durante el parto” (Ginecólogo 7, 50 años).

En el puerperio, los controles que más se mencionan, sobre todo en lo que refiere al puerperio inmediato⁵, tienen que ver con controlar que el útero vuelva a su posición, con el control de infecciones, sangrados, la evaluación del dolor, la lactancia. En un segundo plano se relata lo que tiene que ver con el vínculo con el recién nacido, pero esto a su vez es visto desde la posibilidad de detectar otras patologías como lo es la depresión post parto o baby blues. Nuevamente en los relatos respecto al control del puerperio, sobre todo en el grupo de ginecólogos, aparecen los aspectos biomédicos a controlar. En el caso de las enfermeras sin embargo, no solamente se mencionan los controles biológicos sino que se menciona el ayudarlas en la nueva etapa, enseñarles y orientarlas. “Y cómo se va

⁵ Comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

desenvolviendo con el bebe, si necesitan ayuda, ayudarlas con la etapa nueva.” (Enfermera 3, 30 años) “El cuidado del recién nacido a enseñarle a la madre cambiar el pañal, a curar el cordón, a las posiciones de la lactancia” (Enfermera 1, 27 años).

Exceso de controles

El MS establece que el mínimo de controles es de cinco para un embarazo de bajo riesgo, sin embargo para que un embarazo sea bien controlado el MS plantea debe tener controles mensuales hasta la semana 32, quincenales hasta la semana 36 y semanales hasta el nacimiento. Hay mujeres que tienen muchos más que los controles habituales. Al indagar acerca del exceso de controles en las mujeres, se encontraron distintas posturas. Por un lado están aquellos que vincula el exceso de controles con los embarazos de alto riesgo, en este caso algunos justifican el sobre control, y en otros casos se menciona que ni siquiera se podría hablar de un “exceso” ya que “cuando el embarazo es de alto riesgo porque la mujer tiene algún tipo de patología esos controles se ven modificados, por lo tanto nunca son un exceso” (Partera 3, 45 años), porque “se va siguiendo más de cerca, va requiriendo un vasto número de controles y eso no quiere decir que sea un exceso” (Partera 1, 30 años).

Por otro lado, están también aquellos que responsabilizan a la mujer por el exceso de controles, se cree que la mujer tiene miedos, inseguridades y es ella misma la que vuelve a consulta médica una y otra vez y que muchas veces “son ellas las que lo exigen y es lo que nosotros mucho tenemos que frenar” (Ginecóloga 2, 40 años). Se menciona que muchas mujeres hacen que su embarazo se vuelva protagonista y lo canalizan a través de la multiplicidad de estudios en exceso. A su vez, existe un grupo de profesionales (parteras y ginecóloga) que asume que el exceso de controles puede venir por parte de los equipos de salud, y se menciona que en particular en el caso de los seguros médicos se suele cometer un exceso de controles. En este sentido, una ginecóloga cree que el sobre control hace que las mujeres se sientan enfermas, y que “en la salud privada es todo “por las dudas”” (Ginecóloga 4, 48 años). Menciona que estamos en una época de “terrorismo médico” que implica que se realizan controles y cuidados a las mujeres “por las dudas” lo que genera que se llenen de miedos e inseguridades. Esto ocurre tanto desde la medicina, como desde el paciente, que “mucho exige (...) Y terminan, ya sea por exigencia del paciente o porque el sistema te lleva, o porque el médico, terminan mucho en el por las dudas. Ven algo y por las dudas le tiran todo lo que puede ser entonces la paciente termina así, muerta de miedo

hasta que no nace el niño y va al liceo, no respiran” (Ginecóloga 4, 48 años). Respecto a esto Garré (2014) menciona que algunos estudios críticos de la institucionalización incluso consideran que la intervención sistemática en casos de bajo riesgo puede aumentar el peligro o complicación.

Por otro lado, la Partera 5 considera que hay mujeres que llegan a tener 18 controles y asocia esto al cumplimiento de las metas prestacionales, entiende en este sentido, que se ha invadido con las metas, pautas a seguir y con lo médico legal, y esto es lo que genera muchas veces el sobre control.

Ausencia de controles

La ausencia de controles es vista en general como algo negativo, se considera un “problema” un “lío”, ya que se entiende que con la ausencia de controles se pierde información importante, que muchas veces solamente se tiene en determinadas etapas del embarazo. A su vez, en los casos en que la mujer llega al parto sin ningún control el parto “es mucho más invasivo, es un procedimiento más invasivo tanto en la mamá y lo peor es en el recién nacido” (Ginecóloga 2, 40 años) ya que necesitan obtener toda la información posible y eso genera que se le realice en el momento todos los estudios necesarios. A veces incluso no se permite la lactancia hasta no tener todos los resultados necesarios. En algunos casos se puede percibir una especie de molestia o enojo hacia las mujeres que no se controlan, así la partera 6 señala que los que no quisieron controlarse van a “pagar las consecuencias” (Partera 2, 35 años).

En línea con los antecedentes reseñados, identificamos una permanente propensión por parte del personal a reprender a las mujeres por un sinnúmero de motivos relacionados con la conducta de éstas (Castro 2015).

Por otro lado, al preguntar sobre cómo actúan los equipos de salud ante la ausencia de controles, se encontró que existen diferentes métodos, algunos formales y otros informales, que van más allá del espacio de la consulta. En cuanto a los métodos formales, se señala la existencia de programas de captación, en donde si la paciente no va a la consulta se la llama por teléfono e incluso se la va a buscar al domicilio, y si aun así no se la encuentra se le deja una carta. En algunos casos, hasta se maneja la posibilidad de pasarlo al plano

judicial. Algunos de estos métodos parecen ser bastantes persuasivos e invasivos con la mujer que se ausenta a los controles, se plantea que no es posible obligar a las mujeres a ir a los controles, pero que hay algunas situaciones complejas, “de mucho riesgo fetal, que se puede incidir mediante la citación por parte de pasarlo al sistema judicial” (Ginecólogo 3, 35 años).

En el caso de los métodos informales, el Ginecólogo 6, menciona que en una policlínica en la que trabajó, se generaba una red informal a través de los vecinos, en donde se averiguaba por las mujeres que no habían ido al control, y esto permitía mantener ciertos niveles de información o control de las mujeres embarazadas aunque no fuesen a las consultas.

Finalmente, algunos profesionales manifiestan una postura más empática con la mujer a la hora de evaluar la ausencia a los controles. Señalan que si la mujer no acude al control, quizá pueda deberse a haber tenido una mala experiencia, y se plantea que en muchos casos se culpabiliza a la mujer cuando son los propios equipos de salud los que las alejan. Se menciona la necesidad de generar confianza y no “solamente mandar, imponer y decirle lo que tiene que hacer” (Partera 1, 30 años).

Aparece también una mirada más crítica con la sociedad frente al rol que esta le adjudica a la mujer como “cuidadora”, encargada de las rutinas del hogar, del cuidado de los dependientes. Se plantea la necesidad de ver el nacimiento desde la corresponsabilidad y no solo responsabilizando a la mujer embarazada por la ausencia de controles, sino considerando la multiplicidad de motivos por los que una mujer pueda faltar, dado el rol que tiene en la sociedad y el cuidado familiar, “no podemos estar achacando a la mujer toda la responsabilidad cuando en realidad no tiene una red familiar o social o del Estado que la ayude o la apoye” (Enfermera 2, 45 años).

¿Desigualdades en la atención? Lo público y privado

El concepto de salud sexual y reproductiva “incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (...) Además, requiere que los servicios de salud consideren la calidad de la atención que prestan como uno de los elementos principales, así como la adopción de un enfoque integral en la prestación de los servicios de salud. Pero sobre todo, requiere de investigación que permita conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la práctica profesional de los prestadores de servicios” (Castro, 2015: 39).

En Uruguay, se crea en el año 2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNS) una reforma que articula los prestadores públicos y privados y se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad y calidad integral en la atención (Impo, 2008).

Sin embargo, al indagar acerca de los servicios de salud públicos y privados, todos los profesionales mencionan que encuentran grandes diferencias entre ambos sectores, en relación al proceso de nacimiento. Vale aclarar que la gran mayoría de los entrevistados trabajan tanto en el sector público como en el privado.

Una de las diferencias que los profesionales identifican entre el ámbito público y privado se relaciona directamente con las comodidades que la infraestructura e los hospitales pueda brindar. Se valora el sector privado, señalando las dificultades que se encuentran en el público, donde las salas son compartidas, impidiendo la privacidad debido a una amplia demanda que supera la disponibilidad.

“Claro, en la sala de parto vas a una sala compartida con dos personas. Si vas al baño a veces se tapa el baño. Hay incomodidades de hotelería (...) Y capaz en condiciones de... yo que sé, por ejemplo si te ponés a comparar la comida entre una paciente y la otra, la comida en el Pereira es espantosa.” (Ginecólogo 6, 32 años).

Se desprende del discurso de los entrevistados que la cantidad de flujo de mujeres que hay en el sector público, hace que muchas veces la calidad de la atención sea peor y menos personalizada que en el privado, ya que la dedicación que el profesional puede dar a la persona está estrechamente ligada a la demanda de atención que tiene y mientras en el sector privado puede dedicarse exclusivamente a la atención de una paciente, en el público tienen que atender en simultáneo a muchas.

“Vos en un privado te podés enfocar directamente en ese paciente, vos en el público tenés cinco pariendo al mismo tiempo y es a cama caliente una atrás de la otra, es un tema de demanda, igualmente la gente tiene que trabajar bien cualquiera sean las condiciones pero hay una diferencia abismal entre el público y el privado” (Enfermera 1, 27 años)

“Ta, obviamente tiene un flujo de mujeres impresionante. Y a veces está todo ocupado. Y a veces se hacen las cosas medio pechereando. Pero ta, se trabaja bien igual” (Ginecólogo 6, 32 años).

A su vez, se plantea que se encuentran también diferencias en lo que tiene que ver con la accesibilidad de los recursos disponibles, como estudios, exámenes, etc. En este sentido se entiende que en el sector privado es más accesible poder indicar o acceder a determinados estudios, mientras en salud pública muchas veces no se accede.

“El acceso a las diferentes estudios, es bien diferente en lo público que en lo privado. Ya sea en lo que está indicado o en lo que no está indicado (...), pero sí, la asistencia del embarazo, trabajo de parto y puerperio sin duda es diferente” (Ginecóloga 5, 40 años)

“Hay cosas que a nivel de salud pública se siguen más los protocolos. En salud privada es más el cada maestro con su librito. Y si cada ginecólogo le quiere pedir, no sé, una resonancia al bebé porque tiene ganas se lo pide. Cosas que en salud privada pedís y también accedes, en salud pública hay cosas a las que no podés acceder.” (Ginecóloga 4, 48 años).

En lo que refiere al perfil de las mujeres muchos consideran que es completamente distinto en el sector público que el privado, y perciben la diferencia tanto en el nivel educativo, sociocultural, económico y hasta en los niveles de exigencia por parte de la usuaria. La diferencia en la exigencia, se plantea por el lado de la información, se entiende que muchas veces en el sector privado la paciente es más informada, y por ende tiene un nivel de exigencia mayor con los equipos de salud, mientras que en los sectores públicos la exigencia es menor.

“El perfil de las mujeres es muy diferente y a veces las exigencias que tienen son muy diferentes, pacientes que vienen directamente ya a solicitar una cesárea porque saben que existe una posibilidad que se llama cesárea a solicitud de la paciente (...), o algunas tienen sus clases de parto particular o vienen acompañados de una partera que le pagan para que esté con ella en el trabajo de parto, o le pagan a lado y arreglan con otra persona y después llegan chiquilinas de 16 años que vienen solas a tener un parto en otro nivel” (Ginecólogo 7, 50 años).

“Se ven diferencias en las exigencias de las pacientes. Si se ven diferencias. Porque a veces las pacientes, como yo te decía recién. Bueno yo estoy pagando, puedo o exijo que se me haga tal cosa.” (Partera 4, 27 años).

Por otro lado, se plantea también que asociado a la diferencia en los perfiles de las mujeres, muchas veces el nivel de la atención que reciben es diferente. El hecho de que las mujeres sean menos informadas, se señala, las torna más vulnerable y predispone a los equipos de salud a descalificarlas, lo que genera que en ocasiones sean víctimas de maltrato.

“Hay veces que cambia el nivel de atención, no sé por qué, porqué las personas no deberían de cambiar pero no sé por qué hay como ciertas diferencias que son como que tratan distinta a las pacientes, (...) muchas veces son víctimas de maltrato (...), yo soy de las que digo que trabajar en el ámbito público o privado la atención debería ser la misma” (Partera 1, 30 años).

Otros profesionales, por el contrario, consideran que no existen tantas diferencias en los perfiles de las pacientes ya que el SNIS ha generado que el sector privado se diversifique, por lo que provocó que muchas mutualistas se volvieran más heterogéneas.

“Obviamente con el fonasa ahora en los privados encuentras de todo obvio de todo un poco y así como encuentras gente bien educada, formada, universitarios, trabajadores que eligen el sector público” (Enfermera 1, 27 años).

En suma, si bien como ciudadanos iguales, todos deberíamos hacer ejercicio de los mismos derechos, pareciera que a pesar de los intentos del SNS por una asistencia equitativa y de calidad, muchas son las diferencias percibidas por los profesionales entre los dos sectores, por lo que se puede ver en los discursos la necesidad de apuntar a una mejor calidad de atención en los sectores públicos tanto a nivel de infraestructura, como en la calidad de la atención de los equipos de salud para garantizar la ciudadanía reproductiva (Castro, 2015).

Guías y Manuales de atención

En la actualidad existen diversas guías y manuales que procuran guiar las prácticas profesionales, generar protocolos de atención y manuales de procedimientos, en base a evidencia disponible, con el fin de disminuir la variabilidad de las prácticas profesionales. Existen guías internacionales, nacionales y a su vez otra vasta cantidad de guías institucionales.

En el caso de Uruguay en el año 2007, y en continua actualización hasta la actualidad, el Ministerio de Salud dispone de las Guías en Salud Sexual y Reproductiva que contiene el manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Estas guías tienen como objetivo unificar criterios de intervención según evidencia científica actual, de forma tal que, sin importar en qué lugar viva la mujer, reciba cuidados prenatales de calidad. Estas guías a su vez, “se enmarcan en el cambio de modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud, la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso de nacimiento, el empoderamiento de las mujeres y su autonomía y la atención integral de la salud” (MS, 2014).

Al consultar a los distintos profesionales sobre el conocimiento de guías, manuales o protocolos de asistencia, todos señalan conocer distintos manuales, muchos mencionan el manual del MS, y en el caso del grupo de enfermeras mencionan a su vez contar con guías propias que protocolizan las prácticas de enfermería.

La mayoría de los profesionales perciben un cambio de perspectiva en las últimas guías que incorpora el MS. Señalan que apuntan a un enfoque de la mujer y sus derechos y a su vez plantean un cambio en la postura del profesional hacia la mujer. Pretende también lograr una atención menos invasiva, procurando que todo transcurra de la forma más “natural” posible. En este sentido, se han generado algunas controversias, por las diferentes estrategias de humanización del parto publicadas en los últimos años por parte de diversos organismos sanitarios oficiales. Estos documentos “han apostado por la adopción de patrones de asistencia al nacimiento menos intervencionistas, pidiendo a su vez un mayor esfuerzo investigador en torno a la forma en que se están asistiendo los partos y una revisión de las diferentes tecnologías que se aplican en los mismos” (Garré 2014: 329).

“Desde que yo me comencé a formar en la atención de un embarazo o de un parto es diferente a la que se usaba hace 20 años atrás y la postura que tiene frente al paciente o en la manera en que vos “respetas” o te plantas frente al paciente es diferente en muchas cosas, ha cambiado en 10 años 15 años habido un cambio que me parece que es útil y que es importante” (Ginecólogo 7, 50 años).

Sin embargo, a pesar de percibir un cambio, algunos profesionales consideran que: “falta mucho” (Enfermera 1, 27 años) que a pesar las guías “capaz que no falta tanto en lo escrito sino que falta en las prácticas porque también hay una distancia entre lo que está escrito y lo que se hace diariamente en las prácticas profesionales” (Enfermera 2, 45 años).

Algunas parteras cuestionan la idea de humanización y plantean que muchas veces se cree que humanizar el parto implica cambiar la infraestructura, mejorar la calidad de las camas, tener un espacio amplio, cambiar la planta. Sin embargo, señalan que un parto es humanizado cuando se logran respetar los derechos de las mujeres y respetar los tiempos fisiológicos del cuerpo. A su vez, una partera explica que en el centro de salud donde trabaja, muchos profesionales están en formación y por ende la mujer tiene que parir muchas veces rodeada de una multitud de estudiantes de varias profesiones, por lo que lejos de respetar la intimidad del momento y la privacidad de la mujer, se vuelve un nacimiento masivo.

“acá está lleno de estudiante no te digo, capaz que dos estudiantes, la partera, la ginecóloga. El acompañante. Tres enfermeras. Dos neonatólogos. Tres estudiantes de neonatología. Tres estudiantes de enfermería y dos más que anden boyando. ¿Cuántos andan en la sala? Veinte. ¿Es humanizado? La paciente está por parir. Tiene contracciones. Quiere expulsarlo. Le da miedo. Todo el mundo le está mirando la vulva. Es horrible.” (Partera 2, 35 años).

A pesar de esto, hay consenso entre todos los profesionales en cuanto a la utilidad y la necesidad de las guías, se considera que las mismas unifican criterios, pautan las prácticas profesionales, amparan y universalizan la asistencia. En este aspecto, se señala que las guías permiten comenzar a generar cambios en las prácticas profesionales, y tener un respaldo para aquellos que lo cuestionan.

“Siempre es útil tener guías. Porque si no vivimos en una anarquía que cada uno hace lo que quiere” (Ginecóloga 4, 48 años).

“¿Qué tiene de bueno que esto exista? Que vos podés empezar a generar en una institución el cambio una práctica, aunque sean tres los que empiezan a cambiar una práctica, y tenés un amparo, un respaldo. Bueno pero un ejemplo no, “¿por qué tenemos que cambiar la camilla de parto si siempre hemos asistido los partos en forma horizontal? bueno porque la organización mundial de la salud recomienda” (Partera 5, 50 años).

Por otro lado, consideran que en general las guías son tenidas en cuenta, sin embargo perciben que aquellos profesionales con más años en la profesión son a los que más les cuesta adherirse y adaptarse a los cambios. Se señala que en lo que respecta a los controles logran adherirse, pero en lo que refiere al trabajo de parto mencionan “se sigan guiando por lo de antes”, “les cuesta un montón adaptarse”, “se van quedando”. No solo se mencionan a los médicos más viejos, sino a los profesionales más viejos en general y se plantea que lo que más les cuesta es la no intervención, el respetar los tiempos fisiológicos, tratar de que el parto sea lo más “natural” posible.

“Falta mucho, más que nada la parte más vieja de la sociedad y los médicos más viejos y las parteras más viejas que les cuesta un montón adaptarse a las nuevas normas y le cuesta mucho que la mujer venga informada, yo me doy cuenta que cuando la mujer te increpa ya el médico ya se pone como (¿a la defensiva?) si, y en realidad es porque se perdió eso de que el momento del embarazo y el nacimiento y de todo, es de ella de su pareja y de su familia y punto, y vos sos un actor que va a colaborar en el proceso pero no sos el actor principal, pero si está cambiando si” (Enfermera 1, 27 años).

Por último, se plantea también una necesidad de rectoría o de supervisión de las prácticas y del seguimiento de las guías, ya que si bien explican las mismas están disponibles, muchos ni siquiera las leen, y el continuar formándose o mantenerse actualizado depende de la voluntad de cada profesional.

“Después que muchas veces tenés el título de un especialidad cualquiera sea (...) nadie te está controlando o supervisando si fulano o mengano después que se recibió hizo algo más o si abrió un libro más, están ahí y depende mucho del motus propio de cada uno” (Ginecólogo 7, 50 años).

“Existir existen, de ahí a que se apliquen es otra cosa, y de ahí a que exista rectoría por parte del ministerio si eso no se cumple, también son como otras historias” (Enfermera 2, 45 años).

En síntesis, las guías son valoradas de forma positiva, se entiende que es fundamental unificar criterios y que todos los profesionales pueden seguir los mismos caminos en su

accionar. Se valora que las últimas guías del MS incorporan nuevas visiones de la atención a la mujer embarazada y se generan en un enfoque de derechos en salud sexual y reproductiva. A su vez se considera que su implementación permite ir generando cambios en las prácticas profesionales, a su vez son un amparo para efectuar y reclamar nuevos métodos de atención. Por último se puede ver la necesidad de una supervisión y rectoría en cuanto a la actualización y continua formación de los profesionales, ya que los profesionales con más años en la profesión son los que más les cuesta adherirse a las nuevas formas de atención del embarazo, parto y puerperio.

Propuestas de cambios

Al finalizar la entrevista se les consultó a los profesionales si cambiarían algo en la forma en la que hoy se atiende el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de los profesionales se atreven a proponer distintos cambios. En el caso de los ginecólogos, se encuentra una mayor variedad de cambios sugeridos que en los demás grupos, las parteras por su parte aprovechan este espacio para reclamar algunas demandas laborales y las enfermeras en cambio, ponen el centro en los aspectos que aún falta mejorar respecto a la participación de la mujer.

Algunos ginecólogos, en lo que refiere a la atención del embarazo, parto y puerperio proponen la necesidad de tener un mayor número de salas de nacer. A su vez, sugieren una reducción del uso de la tecnología en las prácticas, tratando de no medicalizar tanto determinados procesos y la necesidad unificar criterios, manifiestan:

“Sí, que todos pudiéramos hablar el mismo idioma, o sea vivimos en la ansiedad, que todo es ya, pero estas cosas tienen que transcurrir tranquilas, no estar que nazca ya, que hay que romperle la bolsa, y creo que eso” (Ginecóloga 2, 40 años).

En otro caso, se realiza una comparación con otros países en donde la atención al embarazo, parto y puerperio se da en muy malas condiciones y se considera que la atención en Montevideo no puede considerarse mala. “Yo creo que nosotros no estamos tan mal. Me parece que hacemos las cosas bastante bien” (Ginecólogo 6, 32 años).

Se plantea también una molestia o enojo con el término de “humanización del parto”, ya

que consideran se parte de la base de que la atención anterior es deshumana. “Desterraría el término humanización del parto, no me parece que sea un término muy feliz, me parece que más que unir separa gente, no lo utilizaría, no considero porque no considero que la mayoría seamos deshumanos” (Ginecólogo 7, 50 años).

Otras de las propuestas por los ginecólogos refieren al acceso a la analgesia para todas las mujeres que la quieran solicitar. “Mira si se pudiera hacer raquídea a todas las mujeres que lo quisieran sí” (Ginecóloga 1, 60 años).

Por último, se plantea que los pacientes sobre todo en el ámbito privado, tienen niveles muy altos de exigencia por lo que señalan que el médico está bajo presión en muchas ocasiones. En este caso, se culpabiliza a las mujeres y se coloca al médico en un lugar de víctima, de “rehenes”. Tal como lo señala Castro “Es un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad que funciona en un contexto de opresión de género, ahí donde el campo médico se ha estructurado a partir de habitus que propenden a este tipo de actuaciones” (Castro 2015: 84).

“El sistema exige mucho más al médico de lo que la gente cree. Mucho más. En salud privada el paciente manda mucho más de lo que la gente cree. Los médicos son hasta rehenes de tener que hacer lo que les piden” (Ginecóloga 4, 48 años).

Las parteras sin embargo, plantean la necesidad de ampliar sus competencias, de fomentar sus recursos a la hora de la inserción laboral, en donde perciben tienen muchas dificultades, a su vez reclaman la necesidad de salarios más altos, ya que el nivel de sus salarios provoca necesariamente el multiempleo y esto perciben repercute directamente en las prácticas, explican: “Debería cambiar que no haya un multi empleo, que eso te genera que haya un mayor desgaste tanto físico como mental y lleva a que si venís de dos días de guardia, obviamente no vas a estar con la misma tolerancia o vas a responder de la misma manera que si vos vas y tuviste el descanso correspondiente pero es una realidad, en Uruguay si no tenés multi empleo no podes sobrevivir, eso lo cambiaría por ejemplo” (Partera 1, 30 años). Reclaman también que en salud privada las parteras no pueden asistir los partos, ya que se cobra el acto médico y por ende solo lo pueden atender los ginecólogos. Si bien en los prestadores de salud bajo la órbita privada el acto médico puede contribuir a explicar la menor participación de las parteras en la atención del parto, es

posible que también entren en juego aspectos vinculados a la jerarquía de los profesiones en donde la autoridad máxima es el médico. “Porque hay muchos intereses económicos entonces. Es lo mismo del parto. Es decir nosotros en los centros de salud privados no podemos asistir partos. Y ¿por qué no podemos asistir partos si en el público lo asistimos? Si a al ginecólogo no le pagan el parto en el sector público y te lo pagan en el privado. No. No se lo pagues en ningún lado. Entonces muchas veces es el interés económico.” (Partera 4, 27 años).

La Partera 3, plantea que mientras en salud pública puede ejercer todas sus competencias y tiene una mayor libertad en su práctica como profesional, en el sector privado por el contrario tiene muchas limitaciones, señala: “yo en salud pública era un reina, imaginate yo iba a los hospitales y los partos los asistía yo, las veía yo, les daba el alta yo, me encargaba de todo yo, acá no puedo hacer nada porque “ay no se puede...porque el médico, el médico, el médico” (con voz de burla) (...) más bien es algo económico porque son actos médicos y se cobra por eso, entonces creo que es más bien por eso, ta?” (Partera 3, 45 años).

Explican que en muchos lugares aún no se les otorga a las parteras el lugar para el que están capacitadas. Por esto reclaman la necesidad de darles a las parteras más competencias, para poder posicionarse a su vez en muchos de los objetivos sanitarios que propone el MS y así poder incidir en dichos objetivos. Cabe aclarar, que estos reclamos son las percepciones de las entrevistadas, sin embargo en este estudio no contamos con los elementos para afirmarlo.

Finalmente, respecto a la mujer sugieren debe cambiar el respeto hacia los tiempos del embarazo y el parto, y que se pueda declarar que el parto es de la mujer y por ende “que ella es la única que puede elegir en función de lo que necesite y desea, que tiene que poder elegir como dónde y con quien parir” (Partera 5, 50 años).

Las enfermeras proponen cambios desde los equipos de salud, principalmente lograr que la mujer sea la decisora de su propio cuerpo, que estas decisiones no sean cuestionadas. Se considera que el enfoque debe ser pensar en el proceso con la usuaria en el centro y no con el equipo de salud en el centro “tiene que ver con eso, con que un poco los equipos

cambiemos y pongamos el foco en ellos y no en nosotros” (Enfermera 2, 45 años) y lograr que todas tengan los mismos derechos. A su vez, proponen que se debe lograr las condiciones sean las mismas independientemente del sector al que acuda la mujer (público o privado), “que el público y el privado no determine qué tipo de atención vas a recibir.” (Enfermera 1, 27 años). Se plantea que se debe cambiar el paradigma del embarazo como algo patológico, y pasar a entender que el embarazo es un proceso “natural”, sin embargo, a pesar de que la percepción sea que el embarazo se considera como patológico, en los discursos aquí analizados no se encontraron estas referencias, por el contrario se encontró que varios profesionales hacían énfasis en el embarazo como un proceso fisiológico.

Sugieren que una alternativa para generar cambios en las prácticas profesionales, tiene que ver con el cambio de la infraestructura que muchas veces es una limitación a la hora de permitir a la mujer elegir de qué forma quiere parir, y la incorporación de nuevas herramientas que ayuden a la mujer a tener una gama de opciones más amplias. La Enfermera 3 plantea en este aspecto:

“La planta física es una gran limitación para nosotros, o sea el trabajo de parto compartido tenés una de un lado que está re tranquilo y del otro lado una que está desquiciadísima, y la otra está muerta de miedo porque piensa mí me va pasar eso, que si estuvieran solas no, y el hecho que después las tenemos que sacar de la habitación pasar calzadas “pra, pum, pra” para allá y después pasearla por todo el corredor que si te tocó en horario de visita tenés 20 personas en el pasillo, vos pasando con la mujer que la tapas cómo podes, pujando así por el pasillo (Enfermera 3, 30 años).

Por último, señalan que las prácticas deben cambiar, ya que a pesar de que se ha generado mucha evidencia que proponen nuevos métodos y formas de atención y que a su vez ha demostrado que muchos de los métodos anteriores son perjudiciales, en muchos casos se continúan usando viejos métodos.

“Y un poco en las prácticas yo creo que, como hablamos hoy, hay mucha evidencia de prácticas que ya tendrían que estar en desuso, que hay muchísima evidencia de que no sean beneficiosas es más que algunas son perjudiciales y desde que se genera la evidencia hasta que esa evidencia es puesta en práctica hay una distancia en tiempo que vos decís pero como hacen eso si hay evidencia publicada, general, que dice que no, hoy mismo a veces está en la guía de actuación y los equipos hacen cosas opuestas, entonces eso también debería cambiarse” (Enfermera 2, 45 años).

Conclusiones

A lo largo del análisis, hemos recorrido las distintas representaciones y discursos de los profesionales con respecto al proceso de nacimiento y el cuerpo gestante. En este capítulo recogeremos los principales hallazgos y los pondremos en diálogo con nuestros supuestos, para finalmente reflexionar en torno a la posibilidad de nuevos caminos para abordar el proceso de nacimiento.

A la luz de los discursos de los profesionales de la salud relevados, podemos sospechar que el proceso de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio en Montevideo está pensado desde las formas tradicionales de asistencia. En estos discursos podemos identificar una serie de elementos que se configuran como obstáculos a la hora de que las mujeres sean protagonistas de su parto.

Se identifican cinco problemas principales: la falta de experiencia o formación de los médicos, la falta de infraestructura adecuada, la discrecionalidad, es decir, que la atención no es uniforme y universal sino que el tipo de atención que recibe la mujer está sujeta al equipo médico que la atienda, la “comodidad” del médico y la cuestión generacional, esto es, que los médicos con más años en la profesión son quienes tienen mayores problemas de adaptación a las nuevas prácticas vinculadas a la participación e involucramiento de la mujer con su parto, y a su vez son los que tienen prácticas más intervencionistas.

La relación de la mujer con los profesionales es distinta para los tres grupos de profesionales. En el caso de la relación que mencionan tener los médicos con la mujer, se puede encontrar en el discurso cómo se reafirma una relación de poder, de autoridad. En el caso de las enfermeras, se encuentra un vínculo más cercano, directo, con mucho contacto y en donde en muchas ocasiones se genera un nexo entre la parte médica y las mujeres. El vínculo que tienen las parteras con la mujer es relatado desde un lugar de empatía, en donde el rol principal es el de acompañar, contener y generar confianza. Sin embargo se puede encontrar en estos discursos una idealización de la maternidad.

El dolor es una variable más del proceso de nacimiento. La forma en que se acompaña en este dolor resulta fundamental a la hora de comprender las distintas prácticas y

representaciones de los profesionales. En este aspecto se encontraron principalmente dos posturas. Una más intervencionista que promueve el uso y aplicación de la analgesia como un método para combatir el dolor. Y una postura menos intervencionista que promueve la utilización de métodos no farmacológicos para ayudar a aliviar el dolor. Los médicos en este caso, son promotores del uso de la analgesia siempre que sea posible, señalan los beneficios que la misma trae y consideran debería ser una herramienta universalizada a todas las mujeres. Las parteras y enfermeras por el contrario, tienden a tener una visión menos intervencionistas y a promover el uso de técnicas alternativas para el alivio del dolor.

El uso desmedido de la tecnología es uno de los principales problemas que trajo la medicalización del nacimiento. El exceso de partos instrumentales y la constante intervención en los procesos ha sido producto de innumerables críticas. La tecnología sin embargo es percibida por todos los profesionales como una herramienta necesaria y fundamental, asociándose con la prevención de riesgos, a través de la detección y diagnóstico temprano de posibles patologías.

En general la presencia de un actor que no tiene formación tradicional como lo es el caso de las doulas, genera determinadas resistencias al interior de los equipos de salud. En el caso de los médicos se da una subestimación hacia la tarea de las doulas. En el caso de las parteras, la resistencia viene de un lugar más personal, ya que consideran las doulas una amenaza, se sienten desplazadas o atacadas por las mismas.

El parto domiciliario es rotundamente desaconsejado por parte de los médicos, el principal argumento tiene que ver con el riesgo que implica realizar un parto en domicilio. Sin embargo dentro del grupo de enfermeras y parteras se encontraron algunos profesionales que consideran que mientras el embarazo corra en las mejores condiciones, controlado y sin riesgos, no habría inconvenientes de que se atendiera en domicilio. En estos discursos se encuentra que prima el beneficio para la mujer, la comodidad, la calidez de poder parir en su entorno.

Si bien el riesgo es algo que siempre está presente en los discursos de todos los profesionales, pareciera que en el caso de los médicos la no presencia de riesgos no

existiera, por esta razón y bajo este argumento es que se justifican la mayoría de las prácticas que se realizan. La institución es entendida como lo certero, la garantía, lo seguro, y todo lo que se piense por fuera de la misma se concibe como “riesgoso”.

Si bien como ciudadanos iguales, todos deberíamos hacer ejercicio de los mismos derechos, en Uruguay a pesar de los distintos esfuerzos realizados por las distintas políticas públicas, aún los profesionales siguen encontrando diferencias en la entre la asistencia pública y privada. Las diferencias se encuentran en cuanto a la infraestructura y las comodidades, en donde la privacidad de las mujeres queda rezagada. Por otro lado, el flujo de mujeres genera que la atención sea menos personalizada y la atención que el profesional pueda darle a cada mujer está estrechamente vinculada a la sobrepoblación que se genera. Por último, se encuentran diferencias en el acceso a los distintos estudios, herramientas, instrumentos.

La existencia de las guías son valoradas en cuanto la unificación de criterios, a la incorporación de nuevas visiones de la atención a la mujer embarazada y a la generación de un amparo para empezar a efectuar y reclamar nuevos métodos de atención. Sin embargo se encuentra la necesidad de una supervisión y rectoría en cuanto a la actualización y continua formación de los profesionales, para lograr la generación de cambios más profundo en la atención y las prácticas profesionales.

Los resultados presentados apoyan los supuestos planteados, por lo que se puede afirmar que la prevención del riesgo es de las preocupaciones más recurrentes que se identifican en los discursos profesionales, con un mayor énfasis en los discursos médicos. Bajo este discurso es que se justifican las distintas intervenciones, impedimentos, limitaciones al que las mujeres se enfrentan a la hora de parir.

Por parte de los médicos existe una visión del embarazo y de la mujer desde la perspectiva biomédica que busca constantemente vigilar, controlar y lograr el descenso de la morbi mortalidad, dejando de lado así los distintos significados que implica el embarazo y el nacimiento en la vida de una mujer.

Las mujeres deben acudir a diferentes controles a lo largo del embarazo, que están

sumamente protocolizados y estandarizado y por ende el nacimiento transcurre en un ambiente que ordena constantemente los distintos pasos que debe seguir la mujer. La ausencia a estos controles es valorada de forma negativa, así como también el seguimiento de toda práctica que no siga el orden institucional. En ocasiones, el no cumplimiento de estas pautas, así como la decisión de transcurrir el proceso en un ambiente extra institucional es mal visto por los profesionales y frecuentemente la mujer puede ser cuestionada en caso de necesitar a la institución.

En consonancia con esto, existe un rol esperado de la mujer durante el embarazo, se espera en primer lugar que siga todos los pasos estipulados por las instituciones en cuanto al control, se espera que cumpla con todo lo pautado, que lleve determinados estilos de vida y que tenga determinadas conductas asociadas a su salud.

Se reconoce que la atención no es estática, sino que ha venido cambiando en su comparación con el pasado, y se han generado cambios que pretenden lograr que el embarazo y el parto se den en un ambiente humanizado. Sin embargo, a pesar del intento hacia un cambio, la ausencia de infraestructura, de formación a los profesionales ya recibidos, y de rectorías a aquellos que no se adecuan a las nuevas formas de asistencia, genera que sean pocos los profesionales que se animen a aplicar nuevos modelos de atención.

En este trabajo se abordaron las representaciones y discursos de los profesionales de la salud sobre el proceso de nacimiento y el cuerpo gestante. Teóricamente se buscó analizarlos a partir de la articulación de los conceptos de riesgo y control. En este sentido, en cuanto al embarazo, el énfasis se coloca en el control del cuerpo gestante, que, si bien es percibido como un cuerpo no patológico, de todas formas se impone la necesidad de medicalizarlo de diversas formas. Al tematizar respecto del parto, interpretamos que se establece un vínculo de autoridad e imposición en el que, según los discursos relevados, pueden primar la discrecionalidad de los médicos en función de aspectos tales como la costumbre, la falta de formación o la comodidad. Estos elementos se ponen al servicio de controlar el nacimiento para la evitación de riesgos. La categoría riesgo asume su mayor protagonismo al momento de problematizar el PD, escenario en que el proceso de nacimiento, al menos el parto en sí mismo, escapan al control de los profesionales de la

salud en el seno de las instituciones de atención médica.

Finalmente, se encuentra en los discursos indicios de que la atención al proceso de nacimiento en el interior es diferente a la de Montevideo. Se abre entonces una puerta y una nueva línea de investigación para continuar profundizando en las distintas dimensiones de este problema.

Por otro lado, como se ha señalado a lo largo de este estudio, la atención al nacimiento no es estática y en la actualidad está pasando por una transición hacia una atención más humanizada, existe así una gran oportunidad para continuar profundizando en este problema desde las distintas perspectivas, actores y complejidades que lo componen.

Bibliografía

- **Almeida, N., Castiel, L., Ayres, R.** (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Revista de Salud Colectiva, 5(3), 323-344.
- **Batthyány, Cabrera** (2011): Metodología de la investigación en Ciencias Sociales, Uruguay.
- **Blázquez, M I:** (2005) “Aproximación a la Antropología de la reproducción” en Revista de antropología Iberoamericana. Volumen (042) (pp. 1-25)
- **Castrillo, B:** (2015) “Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto” Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP, Buenos Aires.
- **Castel, R.** (1986) De la peligrosidad al riesgo, En: Julia Varela y Fernando Alvarez (Ed), Genealogía del poder. Materiales de sociología crítica. Las ediciones de la Piqueta.
- **Castro, R:** (2011) “Teoría Social y salud” UNAM, Buenos Aires.
- **Castro, R:** (2015) “Sociología de la práctica médica” Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- **Farias, C:** (2014) “Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Universidad de la República, Uruguay.
- **Foucault, M:** (1996) “La vida de los hombres infames” Altamira Buenos Aires
- **Freidson, E.** (1978) “La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado.” Cap. 10 y 11. Península. Madrid
- **Garre, J.** (2014) “La parte negada del parto institucionalizado” en Revista de dialectología y tradiciones populares, vol. LXIX, n.o 2, pp. 327-348
- **Imaz, E: (2001)** “Política y sociedad” en Universidad del País Vasco. Volumen (36) (pp. 97 111)
- **Jodelet, D.** (1991). Les représentations Sociales. París: Presses Universitaires de France.
- **Lupton, D:** (2003) “La medicina como cultura” Universidad de Antioquia, Colombia.
- **Magnone, N:** (2006) “Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización” Universidad de la República, Uruguay.
- **Magnone, N:** (2011) “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica” X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo
- **Magnone, N:** (2015) “Una mirada sociológica a la aplicación del enfoque de riesgo obstétrico sobre los derechos reproductivos de las mujeres en el parto” Congreso ALAS, Costa Rica (Sin publicar)
- **Montes, M J:** (2008) “Cuerpos gestantes y orden social” Universidad Rovaira, Madrid.
- **Montes, M J:** (2007) “Las cultura del nacimiento” Universidad Rovaira, Madrid.
- **Mitjavila, M :** (1999) Revista de Ciencias Sociales, no. 15 DS, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República, Montevideo, Uruguay
- **Murguía, Ordorika, Lendo, (2016)** “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.635-651
- **Rodríguez, P:** (2017) “Estudio sobre la experiencia de trabajo de doulas en instituciones de salud montevidéanas” Universidad de la República, Montevideo

- **Sibrian, N:** (2016) “El proceso de medicalización del embarazo en Chile” Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. Volumen (21) (pp. 27-38)
- **Sandoval M:** (2006) “La violencia escolar desde la teoría del riesgo y el cambio cultural”. En publicación: Investigaciones CEJU. Centro de Estudios en Juventud UCSH
- **Valls, C:** (2009) “Mujeres, Salud y poder” Universidad de Valencia, Madrid.
- **Marradi, Archenti y Piovani:** (2007) "Metodología de las ciencias sociales" Emecé, Buenos Aires.
- **Scribano, A:** (2007) “El proceso de investigación social cualitativo” Prometeo, Buenos Aires.
- **Zola, I.K. (1972).** “La Medicina como Institución de Control Social.” En: De la Cuesta, C. (Comp). Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina. Antioquia, Universidad de Antioquia, 1999.

Fuentes documentales:

- **MSP,** (2007) “Guía en Salud sexual y reproductiva. Normas de Atención a la Mujer Embarazada”.Link web: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-embarazada.pdf>
- **Universidad de la República de Uruguay.** (Sin Fecha) Recuperado de: <http://www.universidad.edu.uy/carreras/majorMoreInfo/majorId/436>
- **Ley N° 18211 “Creación del sistema nacional integrado de salud”.** Link Web: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- **Comunicado de Presidencia. Ministerio de Salud Pública.**Link Web: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/salud-publica-otorga-incentivos-economicos-los-prestadores-que-cumplan>.