

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

**Parto humanizado: reflexiones a partir
del estudio de la legislación uruguaya**

Elisa Suárez Serrat
Tutora: Elizabeth Ortega

2019

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
Diseño metodológico	2
Objetivo General:.....	3
Objetivos Específicos:	3
CAPÍTULO I	4
Medicalización de la vida social, la atención del embarazo y el parto	4
Recomendaciones de la OMS y el MSP para la atención del parto humanizado	11
CAPÍTULO II.....	13
Modelos de atención del parto	13
La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género	16
CAPÍTULO III.....	20
Legislación Nacional	20
Ley de Acompañamiento de la Mujer durante el parto, parto y nacimiento	20
Ley sobre el papel de las parteras en los establecimientos de atención.....	24
Ley en Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva	26
La mujer como sujeto de derecho	27
CONSIDERACIONES FINALES.....	30
BIBLIOGRAFÍA	33
Internet:	36

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene carácter de monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social. Aborda el tema de la humanización del parto, que fue regulado en Uruguay por las leyes 17.386 del año 2001; 17.565 del año 2002 y 18.426 del año 2008.

Por humanización del parto se entiende a un modo de atención del proceso de parto y nacimiento que se plantea privilegiar la voluntad de la mujer y respetar sus tiempos fisiológicos, basado en los derechos humanos. En sus recomendaciones, la OMS¹ reconoce la humanización del parto para lograr la que llama una “experiencia de parto positiva” definiéndola como una experiencia que cumpla y supere las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.

Este movimiento se inscribe en el marco de la consolidación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus reivindicaciones. Se plantea contribuir a la reflexión sobre los procedimientos y prácticas obstétricas y a revisar y confrontar las rutinas en ese campo.

Según la OMS basándose en evidencia científica asegura que el nacimiento no es una enfermedad. En definitiva invita a crear nuevos paradigmas acerca del embarazo, el parto y el nacimiento.

Por otro lado la humanización de la atención del parto en la actualidad toma relevancia política, por lo cual se puede hablar de cómo en nuestro país se han aprobado y ratificado diversas convenciones y conferencias a partir de las que el Estado Uruguayo creó, adecuó y modificó un conjunto de leyes referentes a la mujer, el género, la salud.

Es pertinente su estudio desde las ciencias sociales y el Trabajo Social en particular porque al hablar de humanización del parto el trabajo se refiere a los derechos de la mujer

¹ OMS. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018

en el transcurso de la atención del parto y con ello a la construcción social que se tiene de la maternidad.

Se aborda desde varias categorías tomando la medicalización como eje de análisis y a través de su conceptualización entender cómo se ha intervenido la atención del parto desde la medicina. Con referencia a ello se entiende por medicalización: “Menéndez (1985) el proceso de ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradiciones y competencias”.(Mitjavila, 1998, p. 2)

Otro aspecto de suma relevancia para la discusión del tema junto a la medicalización es el concepto de género, el cual, se ha presentado desde la asunción de la izquierda² en el gobierno como uno de los ejes articuladores de las políticas sociales que se han enfocado en la equidad. Con ello, la humanización de la atención del parto pasó de ser algo solo requerido desde los movimientos feministas y de mujeres a transformarse en un tema de agenda política, con el compromiso de legislar para ello.

El documento se dividirá en tres capítulos. Un primer capítulo, en el que se incluye el marco teórico, abordando el proceso histórico de la medicalización y la atención del parto; en el segundo capítulo se desarrollará los modelos de atención del parto, el tecnocrático, el humanista y el holístico; más adelante se hará referencia a la construcción de la maternidad en las sociedades occidentales desde una perspectiva de género; en un tercer capítulo se analizarán las discusiones parlamentarias de las leyes número 17.386, 17.565 y 18.426 y su contenido, además de plantear un aspecto fundamental para el estudio como lo es la mujer como sujeto de derecho. Para finalizar, se presentarán las reflexiones finales del estudio.

Diseño metodológico

El estudio tendrá un diseño cualitativo, con un enfoque exploratorio, debido a la complejidad y multidimensionalidad del tema, tratando de aproximarse a él a través de

² El primero de marzo del año 2005, asume el gobierno de Uruguay por primera vez en la historia el Frente Amplio-Encuentro Progresista, gobierno que se define con una ideología de izquierda y que plantea una visión diferente de intervenir en la política y la sociedad. Una de sus banderas más importantes es la lucha por la igualdad de toda la población, con esta concepción se coloca en la agenda política del país, temas como la equidad de género.

bibliografía y conocimientos existentes sobre el tema utilizando para ello las categorías de análisis pertinentes. El abordaje cualitativo permitirá comprender cómo se construye el orden jurídico nacional referido a la atención del parto, cómo se legisla desde el año 2000 siguiendo las normativas internacionales y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud vinculadas a los derechos de las mujeres.

Se utilizará como técnica, la investigación documental (el análisis de contenidos) y como fuentes los textos de Ley 17.386, Ley 17.565 y Ley 18.426; además de las discusiones parlamentarias, también se recurrirá a investigaciones internacionales, informes, normativas de la OMS, recolectando y analizando los datos durante el proceso de estudio.

Surge como **pregunta guía** del estudio ¿los discursos plasmados en las leyes sobre humanización del parto proponen su des medicalización, o en nombre de los derechos, se produce un proceso de re-medicalización?

Objetivo General:

Analizar el proceso de humanización del parto en Uruguay a partir de la nueva legislación vigente aprobada desde el año 2000.

Objetivos Específicos:

- 1- Describir el proceso histórico de la atención del parto.
- 2- Analizar las leyes: 17.386, 17.565 y, 18.426 que regulan la atención del parto.
- 3- Discutir sobre la humanización del parto como una cuestión de los derechos de la mujer junto al papel que tienen los procesos de medicalización en la vida social.

CAPÍTULO I

Medicalización de la vida social, la atención del embarazo y el parto

No es posible analizar la atención del parto y las reivindicaciones actuales de humanización sin la perspectiva histórica, desde el hecho que se tornó a lo largo de los siglos como un asunto médico y un evento realizado en el hospital separado de la familia y la comunidad. La clínica médica es una de las instituciones centrales de la modernidad intrínsecamente vinculada a los Estados Nacionales y al bio poder³, entendido como mecanismo de control de los cuerpos que tiene su máxima expresión en el control del cuerpo de la mujer (Tornquist, 2004).

A partir del siglo XVIII, en las sociedades occidentales se comienza a afectar el modo tradicional de asistencia del parto, produciéndose la traslación de la casa al hospital y de la comadrona al médico, a raíz de ello se ha venido configurando un modelo institucional hospitalocentrico, centrado en la tecnología, mercantilizado y con tendencia a medicalizar todos los procesos biológicos (Magnone, 2014).

Para analizar el proceso de medicalización de la sociedad en Uruguay debemos tomar como eje de inflexión el advenimiento del período denominado de modernización en las últimas décadas del siglo XIX con una nueva concepción del cuidado del cuerpo, el culto a la salud que logró un lugar primordial convirtiendo el saber médico en lo más influyente de la época.

Se debe pensar a la medicalización no solo como fruto del avance de la medicina, la sociedad uruguaya entre el 1900 y 1930, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó.

En lo referente a la atención del parto se diferencia Montevideo del interior, donde en el primero cada vez más la atención pasa de la partera al médico y de la casa al hospital, si bien en las clases más altas el médico sigue atendiendo de forma personalizada en la casa; en el interior del país esta relación se produce de manera más lenta y las mujeres del campo siguen teniendo a sus hijos en casa y con ayuda de la matrona hasta entrado el siglo XX (Barran, 1993).

³ Según Foucault, el "bio poder es un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo, este no puede afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos"(1976, p. 170)

Según Barran, esta medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no fueron de la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad y el cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes derivados del saber médico.

Por otra parte, autores como Portillo y Cheroni (1993) consideran a la medicalización de la sociedad como el establecimiento del dominio del saber y el poder médicos. Portillo sostiene que el médico a lo largo de la historia ha sido un leal servidor cultural de los intereses económicos y políticos de las clases y grupos dominantes, su prestigio social los ha dotado de armas para imponer de forma consciente e inconsciente el sistema de valores hegemónicos. En tanto, para Cheroni, la medicalización no es casual sino que se consolida y legitima con la hegemonía de la burguesía a partir de la modernidad. Esta transformación que la constituye en clase dominante, hace permeable todos los productos de la actividad de los hombres. Según el autor en el capitalismo la medicalización tiene relación con la función productiva de la clase obrera, no es un beneficio humanitario sino una necesidad del sistema para mantener los recursos productivos.

Según Mitjavila (2016), surge un nuevo concepto, el “higienismo” que se constituye como la base del nuevo discurso y se transforma en un instrumento al servicio del saber médico, siendo el transportador de los nuevos enunciados de la verdad y los objetivos de secularizar la moral.

En concordancia, para Barran (1995) la sociedad decide secularizar el discurso educativo sobre la sexualidad, para ello pasa del confesionario al aula a través de las instituciones de enseñanza y transforma a los médicos en pedagogos, así estos poco a poco se convierten en los nuevos predicadores sobre la salvación del alma y el control del deseo para cuidar la salud.

Así entendida la medicalización se estaría ante una nueva concepción, se habría pasado de la teocracia a la somatocracia, este es un término utilizado por Foucault para referirse al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular las conductas.

En este nuevo contexto médicos y mujeres vivieron una relación ambivalente, la mujer podría constituirse como lógica auxiliar del saber médico por ser la primera cuidadora de los enfermos del hogar, pero también como opositora, por su propio saber antiguo y

casero, sus conocimientos sobre la crianza de los niños, su rol de partera, siempre en competencia con el saber médico. (Barran, 1995)

El saber médico se encargó de crear imaginarios de lo que debía ser femenino y masculino, de acuerdo a los modelos dominantes de la época.

“La posición patriarcalista del saber médico del Novecientos era una consecuencia no solo de la mentalidad dominante sino también de que la clase médica estaba integrada en un noventa y nueve por ciento de hombres que no podían evitar la misoginia de su género” (Barran, 1995, p.84)

Así el saber médico se introdujo de lleno en la vida y la salud de la mujer “sosteniendo que era un ser enfermo, había estados naturales que lo demostraban a lo largo de su vida: menstruación, así también como el embarazo, parto y puerperio hasta la menopausia” (Barran, 1995, p.115)

En este sentido y según Foucault, se produce la histerización del cuerpo de la mujer, proceso por el cual él mismo fue analizado como íntegramente saturado de sexualidad, como una patología que debía ser atendida por la medicina, según la cual fue puesto en comunicación con el cuerpo social, el espacio familiar y el cuidado de los niños a quienes produce y tiene la responsabilidad de atender todo el tiempo.

Esto implica un disciplinamiento⁴ del cuerpo que no consiste simplemente en enseñar o en imponer una serie de gestos, sino tiene como función enderezar conductas (Foucault, 2008)

En este nuevo escenario de control sobre la salud de la mujer que se produce desde principios de siglo XX conlleva el surgimiento de la llamada “histeria” y de las “enfermedades nerviosas” que las afectaban principalmente, se pusieron “de moda las jaquecas e insomnio” y la intervención del médico fue cada vez más importante. (Barran y Nahúm, 1990)

Concomitantemente, se produce un cambio demográfico en el país, con medidas relativas a la salud pública y a la sanidad que condujeron a una baja en la mortalidad infantil, lo cual acompañado con la reforma educativa impulsada por José Pedro Varela a fines del siglo XIX permitían el acceso más igualitario a la educación, no solamente entre los sectores sociales sino también entre sexos.

⁴ Según Foucault, la disciplina fabrica individuos, los toma a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio, es un poder modesto, suspicaz que funciona según el modelo de una economía calculada pero permanente. Cuanto más anónimo se vuelve más funcional es al sistema predominante. (2008)

Fue durante las dos presidencias de José Batlle y Ordoñez entre 1903 y 1907 la primera, y 1911 y 1915 cuando el Estado toma un control higienista de la sociedad y se produce la consolidación de la medicalización de la vida social, garantizando el acceso a la salud pública y privada⁵ a los ciudadanos. Nace así la medicina preventiva donde el médico dejó de ser un simple recetador de medicinas, para transformarse en quien busca evitar la enfermedad a través de análisis y consejos de salud. En 1908 se fundó el Hospital Pereira Rossell, especializado en niños, posteriormente en 1909, con el liderazgo del Doctor Augusto Turenne⁶ se crea el área de maternidad y servicio de protección maternal, más adelante en 1915 se construyen los Pabellones de Obstetricia y Ginecología. Con ello, se consolidan las medidas para la atención del embarazo y parto contribuyendo a la baja de la mortalidad, de este modo el Estado Batllista legitima el ideal de la salud con esta medida de carácter universal que alcanzaba a los sectores pobres de la población.

Este nuevo modelo demográfico modificó la situación de la mujer, que se ve liberada de la misión exclusiva que se le adjudicaba en el siglo anterior (como madre).

Apoyada por el gobierno Batllista se produce un cambio de rol femenino, y sobre todo por la avidez del naciente capitalismo industrial que necesitaba mano de obra abundante y más barata, la mujer pudo convertirse en empleada, obrera, maestra.

Surge el feminismo militante, es decir, la asunción de la mujer consciente de su nuevo rol social, entre otras ingresando a la educación media y superior, con las primeras mujeres egresadas de las facultades. (Barran, et al., 1990)

En cuanto a la legislación:

“se votaron resoluciones que tendían a proteger a las mujeres embarazadas y a los niños (en 1905 se aprueba la Ley de trabajo que trata de la seguridad laboral, horas y días de trabajo de mujeres y niños; en 1912 se aprueba la Licencia por maternidad para las maestras; en 1918 la Ley 6.102 prevé que todos los establecimientos en que trabajen mujeres debería de haber sillas suficientes para que las empleadas y obreras puedan tomar asiento). La mujer embarazada estaría obligada a seguir las prescripciones médicas, pero tendría derecho al reposo pre y post parto; “la madre nodriza” tendría

⁵ Las primeras mutualistas de atención privada en Uruguay se crearon en la segunda mitad del siglo XIX, y se formaron a partir de los contingentes inmigratorios, así en 1853 se funda la Asociación Española Primera de Socorro Mutuo, al siguiente año se creó la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, en 1862 se fundó la Sociedad Italiana de Socorro Mutuo.

⁶ Augusto Turenne, nació en Montevideo en 1870, fue Doctor en Medicina, especializado en Ginecología y obstetricia. Fue jefe de maternidad hasta 1932. Ejerció como docente de la Facultad de Medicina y fue Decano de la misma.

“el deber y el derecho a poder amamantar a su hijo durante un año” y éste, “el derecho natural al seno de su madre durante los 8 primeros meses de su vida” (Barran, 1995, p. 210)

Como ya se dijo anteriormente, la medicalización convirtió al embarazo, parto y puerperio en enfermedades o “casi enfermedades”, cuestión que derivó en su reclutamiento hacia el campo médico: “En 1918, el médico de Flores, Salvador M. Pintos, en plena lucha contra las “*comadronas*” que atendían partos, afirmó que “toda mujer entra en categoría de enferma, una vez que comienza el trabajo preparatorio del parto y dura esa clasificación de enferma una vez terminado el puerperio, por lo general 10 o 15 días después” (Barran, 1999, p.90).

En este sentido la atención del parto en Uruguay, según Abracinskas (2004) fue progresivamente trasladándose al hospital y a partir de la década del 1950 el Estado proteccionista desarrolló políticas de salud referente a la atención de la mujer embarazada, iniciando un proceso de institucionalización en la atención del parto, llegando en la actualidad a una cobertura del 99% de partos realizados en hospitales.

El mundo de pos guerra trajo consigo la necesidad de reconstrucción y para ello priorizaría los derechos de las personas, por ello en 1948 se proclama la *Declaración Universal de Derechos Humanos*⁷, que consta de 30 artículos y representa un hito en la historia de los derechos del hombre. En su artículo 1 plantea: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternamente los unos con los otros”.

En el artículo 25 expresa: “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

En los años cincuenta en Francia surge un movimiento llamado Parto Sin Dolor: la premisa de los médicos era recuperar el protagonismo de la mujer en el proceso del parto, resaltando las condiciones innatas que tienen para atravesar el proceso de una forma no traumática. Según ellos, lo ideal sería que hubiese una preparación de la gestante para el parto que le permitiera no perder el control de las emociones durante el trabajo de parto (Tornquist, 2004).

⁷ La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

En tanto, la *Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer*⁸, en su preámbulo reconoce explícitamente que “las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones” y subraya que esa discriminación viola todos los principios de la igualdad de derechos y el respeto de la dignidad humana. La Convención no solo define el significado de la igualdad sino que indica cómo lograrla. De esta manera, la Convención establece no solo una declaración internacional de derechos para la mujer, sino también un programa de acción para que los Estados Partes garanticen el goce de esos derechos. En su artículo 2 mandata a los Estados Partes a legislar y adoptar las medidas necesarias y apropiadas para eliminar la discriminación hacia la mujer.

En lo que respecta a los derechos de salud de la mujer y específicamente la atención del embarazo en el artículo 12 consigna:

“1- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive a los que refieren a la planificación de la familia.

2- Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

En el año 1985, la OMS reunida en Fortaleza (Brasil)⁹, realizó un llamado de alerta sobre la medicalización de la atención del parto, donde se propone que toda mujer tiene derecho a una correcta atención del parto, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. Es necesaria una transformación en la atención sanitaria y en la conducta de los operadores de la salud. El parto no debe ser tratado como una enfermedad sino como un proceso natural. En virtud de ello debe de tener transformaciones, se solicita a los servicios

⁸ La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer. CEDAW, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1976, y ratificada por Uruguay el 3 de setiembre de 1981. Aprobando el Protocolo Facultativo el 30 de mayo de 2001.

⁹ Declaración de Fortaleza (Brasil), se realizó en 1985.

sanitarios a que se les informe a las mujeres sobre los diferentes métodos de atención para que ellas puedan elegir.

En el año 2000, se celebró la *Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto*¹⁰. En la misma se pudo definir con precisión el concepto de humanización con la expectativa de que fuera centro y base para el desarrollo sustentable del siglo XXI.

Este concepto designará “a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida.”¹¹

Como resultado de la Conferencia Internacional sobre la humanización del parto surge la Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento¹², durante los talleres de discusión se llegó a varios acuerdos de importancia para fomentar la atención humanizada en el parto. Entre los puntos más importantes podemos destacar: promover la valorización de la intuición y sabiduría de la mujer para ejecutar de forma óptima las labores de la maternidad desde una perspectiva fisiológica, integral y humanizada. Establecer la revisión de prácticas de todo profesional o servidor de la salud relacionado a los cuidados maternos. Procurar que las personas se comprometan a trabajar a favor de la humanización en los cuidados de salud maternal. Incorporar de forma efectiva e inclusiva las recomendaciones sobre el cuidado en la gestación, parto, posparto y lactancia que cada sector estime convenientes bajo las normas establecidas por la OMS.

Retomando a Abracinskas (2004), con el fin institucionalizar la atención del parto se establecieron Centros de Salud Materno Infantiles en todo el país, que tenían como fin la promoción y prevención de la salud y donde se enfatizó el control del embarazo, parto y puerperio. Asimismo esta visión preventivista se desarrolla desde mediados del siglo XX

¹⁰ Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, se celebró entre el 2 y 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil. Fue organizada por los integrantes del movimiento brasileño para la humanización, estuvo auspiciada por el Proyecto Luz y fue promovida por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).

¹¹ Declaración de Ceará. 2000

¹² Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN). Esta Red surge como resultado de los trabajos durante el taller post Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y Nacimiento en la ciudad de Fortaleza, Brasil el 5 de noviembre del 2000.

en la Facultad de Medicina, con cambios en el aprendizaje y en los procesos de formación de los médicos. Con este nuevo modelo de atención basado en la prevención se logra que paulatinamente los embarazos sean captados y controlados de forma más temprana así contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna e infantil.

A causa de ello, según la autora el porcentaje de embarazos controlados durante los últimos años del siglo XX se mantuvo alrededor del 87%, es decir que las mujeres se efectúan cuatro o más controles.

Sin embargo, esta institucionalización de la atención del parto también muestra un descenso paulatino del porcentaje de partos naturales contrarrestado con las cesáreas que a nivel nacional pasa de 15% a 24,7% en el total de partos, donde en Montevideo este porcentaje se eleva a 27,6%, mostrando diferencias importantes entre el sector privado con indicadores de nacimiento por cesárea significativamente más elevados de 34% en comparación con el sector público donde baja al 19,8%. (Abracinskas, 2004)

Recomendaciones de la OMS y el MSP para la atención del parto humanizado

La OMS en el año 2018 a través de sus directrices resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y de práctica actual.

Algunas de las recomendaciones para la atención respetuosa de la maternidad, remiten a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, la privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, se permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto.

A su vez, los prestadores de atención deben de mantener con las mujeres una comunicación efectiva en el trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.

Además recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

Se recomienda permitir que la mujer se pueda mover durante el trabajo de parto y adoptar una posición erguida para el parto en mujeres de bajo riesgo. A su vez, se aconseja la ingesta de alimentos y líquidos siempre que la situación lo permita, así como estrategias para el alivio del dolor.

En el año 2014 el MSP¹³, elabora un manual de atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, a través de una guía de procedimientos de atención que deben llevar a cabo los prestadores de salud, tiene como meta prioritaria en la atención de la mujer embarazada de generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres.

El objetivo del manual es brindar herramientas a los equipos de salud, para la atención integral de la mujer durante el proceso del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, y así garantizar los mejores resultados para la salud de la mujer y la del recién nacido. A su vez incluye referencias a prácticas habituales que no están recomendadas y deben ser abandonadas. Todo esto respetando las recomendaciones de la OMS en cuanto a la atención del parto, con el énfasis que ella hace en no medicalizar, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicando la menos tecnología posible.

En el próximo capítulo se estudiarán los modelos de atención del parto con el propósito de conocer cómo afectan la atención del mismo, en qué lugar se ubica a la mujer en el proceso y cómo influye la perspectiva de género y la construcción occidental de la maternidad.

¹³ Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Fue creado en 1934 mediante la Ley 9.202.

CAPÍTULO II

Modelos de atención del parto

Si bien en este documento no se va realizar un estudio exhaustivo de los modelos de atención en la salud, se considera importante hacer mención a ellos. Para lo cual se tomará la definición de Davis Floyd (2001) quien distingue tres modelos de atención en los cuidados sanitarios que afectan particularmente a las sociedades occidentales: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Ellos difieren fundamentalmente en sus concepciones sobre el cuerpo y su relación con la mente.

“Para Davis Floyd (2001) el modelo tecnocrático subraya la separación entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad del cuerpo, mente y espíritu y define el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con los otros campos de energía” (Magnone, 2010, p. 23)

La autora afirma que la perspectiva humanista como modelo de cambio se plantea como la oportunidad en esta época en que la tecnología ha penetrado profundamente dentro de las prácticas obstétricas.

En consideración a los objetivos de este estudio es importante destacar los aspectos fundamentales de los modelos tecnocráticos y humanista en la atención del parto.

El modelo tecnocrático de la atención de la salud humana deriva del paradigma mecanicista de la realidad. La concepción del cuerpo como una máquina implicó entregarlo a la investigación científica dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. (Davis Floyd, 2004, p. 27)

Según Davis Floyd (2004) este modelo ve al paciente como un objeto, por lo cual no importa su opinión y sentimientos, por ese motivo se desecha la posibilidad de que esté incluido en las decisiones a pesar de ser la persona protagonista del proceso salud enfermedad. En el parto, aunque se sabe que el contacto físico y afectivo del equipo de

salud son factores influyentes en su desenlace, es raro ver a un/a ginecólogo dar la mano o tocar afectivamente a las mujeres. (Magnone, 2010)

En el parto se utilizan tecnologías de diagnóstico y tratamiento que tratan de regularizar los procesos que el sistema médico entiende no se están produciendo en tiempo y forma. Concretamente cuando se cree que el trabajo de parto está “algo lento” se tiende a perforar el saco amniótico e inyecta oxitocina a la mujer para acelerar el proceso. Del mismo modo, anteponiendo posibles atascamientos en el canal de parto se realiza la episiotomía (Magnone, 2010, p. 25).

La autora plantea que estos procedimientos serían rituales y tendrían la finalidad de hacerle creer a la mujer que sus cuerpos son defectuosos y que necesitan de la intervención y de la tecnología para parir.

Para Floyd (2001) en el parto la mayor muestra del poder estaría en la obligación de parir acostadas, mientras los médicos pueden estar parados en una perspectiva superior. Aún a sabiendas que la posición horizontal complica el parto, es elegida por el sistema por la comodidad y conveniencia del médico (Magnone, 2010, p. 26).

Este modelo tecnocrático presentaría intolerancia a otras modalidades de curación humana, al constituirse como un sistema hegemónico, los demás sistemas son devaluados a “alternativos”. Muchos pacientes deben ocultar al médico que realizan algún otro tipo de terapéutica, pues esto se toma como un ataque a la autoridad médica y al sistema todo. En este contexto tecnocrático, el parto se definió como un proceso estandarizado en donde se obtiene el producto de la gestación. Siempre plausible de complicarse hacia el desarrollo de patologías, se impone el enfoque de riesgos y la intervención médico-tecnológica continua para introducir las correcciones necesarias a un fenómeno inherentemente “defectuoso”. Solo tiene cabida el parto institucional en hospitales (Magnone, 2010, p.28).

Floyd (2001) sostiene que el modelo Humanista buscaría mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer favoreciendo desde antes del embarazo, los derechos y el rol protagónico de las mujeres que paren y del bebe que nace, ofreciéndoles un ambiente de seguridad, confianza y respeto, además de habilidades técnicas de quienes acompañen esta etapa. Este modelo surge como una reacción a los excesos del modelo tecnocrático, se encuadra en la línea de tecnomedicina pero trata de humanizarla. La premisa es utilizar los resultados de la medicina basada en evidencias, y no en la tradición y conveniencia médica. (Magnone, 2010, p. 29)

La humanización de este proceso pone el centro de atención en la mujer parturienta y no en el personal de la salud (parteras, médicos, enfermeros y asistentes) pero a su vez reivindica el papel fundamental de estos equipos a la hora de reestablecer los lazos de la mujer embarazada con su propia vivencia y fuerza interna. Para que esto sea posible se debe brindar información y alternativas prácticas para que las mujeres puedan vivenciar el parto como un hecho transformador, con confianza, fuerza y alegría. En este enfoque se respetan las opciones de las mujeres en cuanto a donde tener a sus bebés, pues el humanismo es compatible con el parto en hospitales, en casas de parto y en el domicilio de las mismas. (Magnone, 2010:29)

En Uruguay existe el antecedente, hace varias décadas, del trabajo del ginecólogo e investigador Caldeyro-Barcia quien publicaba y dictaba conferencias sobre “Bases fisiológicas y psicológicas del parto normal” (Caldeyro-Barcia, 1979, p. 1), sus investigaciones prueban la urgencia de abolir la iatrogenia en el manejo del trabajo de parto y la importancia de la posición vertical y la libertad de movimientos para el trabajo de parto y parto:

“la forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas e inconvenientes. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto. Esta posición fue introducida por el partero francés Françoise Mauriceau en el siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar más cómodas las maniobras que permitan conocer la dilatación cervical y la variedad de posición así como también la aplicación del fórceps” (Magnone, 2010, p. 30).

Desde este enfoque, el parto es considerado un fenómeno fisiológico, en donde en la gran mayoría de los casos no se necesita la intervención externa para lograr un buen desenlace. Se consideran aspectos bio-psico-sociales de las mujeres y sus entornos y se trata de apoyar a las mismas para que logren parir con la mínima intervención. En caso de que fuera necesario o que exista una voluntad expresa de las mujeres se recurre a toda la gama de intervenciones y tecnología de la tecnomedicina (Magnone, 2010, p.31).

La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género

A lo largo de la historia el rol de la mujer en la sociedad se ha relacionado con el de madre, pero este no ha sido siempre igual. “Las respectivas funciones de padre, madre o hijo son determinadas por las necesidades y los valores dominantes de una sociedad dada.” (Badinter, 1980, p.15)

Hasta entrado el siglo XIX las mujeres, sin importar su estrato social, entregaban a sus hijos a nodrizas para que los amamantaran y criaran, las familias más adineradas se llevaban las nodrizas a sus casas, mientras las menos se los entregaban y había casos que pasaban varios años sin saber de ellos. “En nombre del decoro, el amamantamiento fue declarado ridículo y desagradable. Madres, suegras y mujeres sabias desaconsejaban a la joven madre a que dé pecho al hijo, por tratarse de una tarea que no es bastante noble como para una dama de rango”. (Badinter, 1980, p. 75)

Es en el último tercio del siglo XVIII que se produce una especie de revolución de las mentalidades. La imagen de la madre, de su función y su importancia, sufre un cambio radical, aun cuando en el terreno de los hechos las conductas no secundan con facilidad ese cambio. Es Rousseau quien al publicar el Emilio¹⁴ en 1762 cristaliza las ideas nuevas e imprime un auténtico impulso a la familia moderna, es decir, a la familia fundada en el amor maternal. Se genera el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo, como un valor natural y social, favorable a la especie y a la sociedad. El nuevo imperativo es la supervivencia de los niños (Badinter, 1980).

Había que convencer a las mujeres que se consagraran a la tarea de ser madres, para ello según Badinter, moralistas, administradores y médicos pusieron manos a la obra y desplegaron sus argumentos más sutiles para convencerlas de que volvieran a sentimientos mejores y de que volvieran a dar pecho:

“Sed buenas madres y seréis felices y respetadas. Inconscientemente, algunas de ellas adivinaron que al producir ese trabajo familiar necesario para la sociedad, adquirirían una importancia considerable, que la mayoría de las mujeres no habían tenido nunca. Creyeron en las promesas y

¹⁴ Emilio, es un tratado filosófico sobre la naturaleza del hombre, escrito por Rousseau en 1762. El texto aborda temas políticos y filosóficos concernientes a la relación del individuo con la sociedad. Acompaña el tratado con la historia novelada del joven Emilio y su tutor, para ilustrar como se debe educar al ciudadano ideal.

pensaron que ganarían el derecho de ser respetadas por los hombres y de ser reconocidas en su utilidad y especificidad. Por fin les tocaba una tarea necesaria y noble, que el hombre no podía o no quería asumir. Un deber que sería además una fuente de felicidad humana.” (Badinter, 1980, pp. 118, 119)

Es a partir de ahí que vemos perfilarse una nueva imagen de la madre. El bebé y el niño se convierten en objetos privilegiados de la atención materna. La mujer acepta sacrificarse para que su hijo viva, y para que viva mejor, a su lado. El primer indicio de un cambio de comportamiento en la madre es la voluntad nueva de dar pecho a su hijo, y de alimentarlo solo a él, con exclusión de cualquier otro.

Simone de Beauvoir (1981), en sus investigaciones aporta al feminismo de segunda ola¹⁵, que se ocupará de analizar la función hegemónica de la maternidad como punto clave dentro del sistema patriarcal¹⁶, y específicamente para la opresión y dominación de las mujeres.

Según De Beauvoir y Badinter, con este nuevo papel de madre la figura de la mujer queda relegada a la subordinación frente al hombre, según los mandatos establecidos su participación queda restringida a las labores domésticas y a cumplir una función materna sobre la cual construir su identidad. En relación a esto, la mujer se encuentra limitada respecto a su participación en la construcción del mundo por los valores dominantes de la sociedad, que encuentran en la maternidad la función natural que tienen las mujeres.

Siguiendo lo planteado por Badinter (1981) este desarrollo de la autoridad paterna y marital encuentra su sustento a partir de la articulación de tres discursos: el aristotélico, el teológico y el político. El discurso aristotélico, promulga que la autoridad del hombre sobre la mujer está dada en virtud de la naturaleza, y se sostiene a partir de una desigualdad natural que existe en los seres humanos. Justifica también la subordinación de la mujer desde una perspectiva metafísica, ubicándola en lugar secundario frente al varón, a quien considera portador del saber y la inteligencia. El discurso teológico

¹⁵ La segunda ola feminista se ubica entre los años 1960 y 1980 y centra sus reivindicaciones en las desigualdades “de facto” como la sexualidad, la familia, el trabajo y el derecho al aborto.

¹⁶ Se puede definir sistema patriarcal, “como un sistema de relaciones intersubjetivas y sociales, en el sentido de su entramado institucional, marcado por asimetrías de género, clase, etnia, taxonomías religiosas y culturales y otras formaciones históricas de dominación, cuyas características y consecuencias se manifiestan tanto en la producción simbólica, como en los niveles materiales y en las acciones económicas y políticas.” (Lozano, 2001:77)

proclama la autoridad del hombre sobre la mujer en base a un mandato divino, ya que los poderes de dios se encuentran representados a través de la figura masculina. Por último, el discurso político sostenía que la función natural de la mujer era la maternidad, e insistía en que la vida de las mujeres tenía que ser restringida al ámbito familiar, ya que si su participación se extendía se produciría desorden social.

La exaltación del amor maternal como valor natural corresponde a las necesidades del sistema de producción en desarrollo. La sociedad industrial necesitaba varones libres y listos para el trabajo, y para ello era necesario convencer a las mujeres de la importancia de asumir el rol doméstico de cuidado dentro de la familia.

“Sus deberes comienzan cuando está encinta. La nueva madre se ocupará de seguir un nuevo régimen alimentario. (...) va a preferir alimentación más liviana, basada en legumbres, frutas, verdura y lácteos como recomendó Rousseau. Después de parir seguirá observando ese régimen dietético, porque ahora conoce la relación esencial entre su alimentación y la calidad de la leche, esto es la salud del bebe.” (Badinter, 1980, p. 170)

Con este cambio de mentalidad la nueva madre se siente responsable de la salud del niño y reclama en mayor medida de los consejos y la ayuda del médico. Quien se constituye como ya se dijo en un personaje cada vez más importante en el seno de la familia y de la sociedad en su totalidad.

Así el niño comienza a transformarse en parte importante y se podría decir hasta en el centro de atención y de cuidado de la familia y la sociedad, surgiendo la nueva concepción de la familia fundada en el amor maternal.

Retomando a Badinter (1980) a lo largo de la historia se ha encontrado que el desempeño de la maternidad es un rol construido social y culturalmente de acuerdo al contexto histórico particular de manera que no hay una conducta única y universal que pueda sostener la hipótesis de que existe el instinto maternal.

Asimismo, Simone de Beauvoir concluye que “no existe el instinto maternal: en ningún caso es aplicable ese vocablo a la especie humana. La actitud de la madre es definida por un conjunto de su situación y por el modo en que lo asume.” (De Beauvoir, 1981, p.592)

En el marco de los estudios de género la maternidad comienza a ser definida como una categoría que si bien tiene una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con las que las mujeres y hombres deben enfrentarse individual

y colectivamente (Lozano, 2001, p.13). En donde las representaciones dominantes de la maternidad se constituyen en función de las necesidades del contexto político y social, y en estricta relación con el sistema de relaciones de género que las subyace. (Magnone, 2010, p. 13)

Así como la maternidad es una construcción social igual pasa con el concepto de género, Scott (1996) plantea que es entre las feministas americanas que se difunde el término “género” para señalar el carácter social de las distinciones basadas en el sexo. Su surgimiento estuvo alentado por la confianza en que la investigación sistemática de las mujeres transformaría los paradigmas de la investigación social. (Scott, 1996, p. 3)

Según Gómez (1993) se utiliza el término género

“para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas. Género podría entenderse entonces, como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres. Esta construcción tiene las siguientes características: es histórica y, como tal, se nutre de elementos que por ser mutables en el tiempo y el espacio son también susceptibles de modificación mediante intervenciones”. (p. 10)

Según Scott (1986) “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género también es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p. 23).

La perspectiva de género devenida de la teoría feminista ha puesto en evidencia algunas debilidades de la construcción occidental del concepto de ciudadanía. En principio puso de manifiesto la gran brecha que existe entre el reconocimiento formal de los derechos y el ejercicio real de los mismos, especialmente en el colectivo de las mujeres. La relación entre los derechos y las mujeres se organizó tomando como base la tutela, generando desigualdades genéricas en términos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. (Magnone, 2010, p. 7)

Con el fin de profundizar en el tema de la humanización de la atención del parto es que se estudió como se construye el concepto de maternidad con una perspectiva de género, con ello se buscó obtener un enfoque holístico del concepto de humanización, así mismo en el siguiente capítulo se va abordar como en Uruguay se ha legislado a favor de los derechos de la mujer.

CAPÍTULO III

En el desarrollo de este capítulo se reflexionará sobre la legislación uruguaya referida a la humanización de la atención del parto, asimismo cómo éstas leyes han consagrado derechos a las mujeres embarazadas.

Legislación Nacional

Uruguay como nación independiente ha firmado y ratificado declaraciones¹⁷ y convenciones¹⁸ internacionales de derechos humanos y como tal se compromete a respetar los compromisos asumidos mediante la promulgación o modificación de la legislación vigente.

Con ese propósito se promulgan en Uruguay las leyes 17.386, 17.565, 18.426 y como se plantea en este estudio se realizará un análisis no solo de su contenido sino fundamentalmente de las discusiones en el Parlamento nacional sobre las mismas.

Ley de Acompañamiento de la Mujer durante el parto, parto y nacimiento

En el año 2001 se promulga la ley 17.386, que consta de tres artículos donde se establece, que “toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”. Asimismo se dispone que los centros asistenciales tienen la obligación de informar esos derechos a las embarazadas y que los centros deben aplicar esta normativa tanto sean públicos o privados.

Fue presentada por varios senadores pertenecientes al Frente Amplio¹⁹, a través de la Comisión de Salud Pública del Senado. Este proyecto fue fundamentado en la necesidad de considerar un derecho establecido, como ya se mencionó con anterioridad, en el

¹⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948

¹⁸ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer. CEDAW.1976

¹⁹ Frente Amplio, es un partido político de Uruguay, que se define de Izquierda y que en esa legislatura formaba parte de la oposición.

artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Asimismo expresa la necesidad de que haya una legislación en torno a ese derecho que tienen las mujeres en relación a la salud reproductiva, que al no existir una Ley quedaba al criterio de las prestadoras de salud. (Discusión Parlamentaria, antecedentes sección 44, 2000)

El proyecto de Ley fundamenta su presentación a partir del informe publicado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)²⁰. Este informe hacía referencia al resultado de diversas investigaciones que demostrarán la importancia que tiene el apoyo emocional hacia la madre y el niño, el cual va a ejercer influencia en el vínculo que se desarrolle entre ambos, así como también en el mundo de relaciones que el niño pueda establecer en el futuro. Según los resultados obtenidos a partir de estas investigaciones, la presencia de una persona que pueda brindar una adecuada contención emocional a la madre, parece evidenciar una reducción en la realización de cesáreas, el uso de analgésicos y la depresión respiratoria del bebé (exposición de motivos, 2000).

Con referencia a la ley se puede retomar a Magnone cuando habla de la perspectiva humanista que busca “mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer favoreciendo desde el embarazo, los derechos y el rol protagónico de las mujeres que paren y del bebé que nace, ofreciendo un ambiente de seguridad, confianza y respeto, además de habilidades técnicas de quienes acompañen la etapa” (Magnone, 2010, p. 29).

Con el propósito de realizar un análisis más profundo de esta Ley, se encuentra como uno de los principales puntos de discusión el rol que se le otorga al médico en el momento del parto. Con tal fin el diputado Gil Solares propone que en el artículo primero de la Ley se agregue un “simplísimo concepto”: “de común acuerdo con el ginecólogo”, con el criterio de respetar a ambas partes, la mujer que va a tener un hijo y el médico tratante.

En esta frase queda de manifiesto una visión que se podría afirmar, vulnera el derecho de la mujer a estar acompañada, desde el momento que debe de tener la aprobación del médico, porque ello al entender del legislador dificultaría que el trabajo del médico se desarrolle en las condiciones que ellos crean convenientes, aquí se podría observar un elemento de corporativismo médico, atravesado por una lógica de poder que se ha desarrollado históricamente a través de la medicalización.

²⁰ El Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brinda cooperación técnica de excelencia para promover, fortalecer y mejorar la atención de salud de las mujeres, las madres y los recién nacidos en los países de la Región de las Américas. Fue creado en Montevideo en 1970.

Varios diputados siguen el pensamiento expuesto por éste legislador y agregan que debería quedar explícito en la ley que el médico es quien debe decidir si puede o no estar un acompañante, argumentando que es probable que el parto se complique y una persona externa al equipo médico puede dificultar la tarea.

Esta exposición trae a lugar cuán adaptada está la sociedad a las intervenciones médicas. De esa manera y retomando a Portillo se advierte que “es indiscutible que el médico detenta en nuestra sociedad una gran cuota de poder. Sin embargo, no es una relación sencilla. No existe un polo que detenta todo el poder y otro que recibe positivamente” (Portillo, 1993, p. 26)

Cuando hablamos de poder debemos retomar a Foucault,

“por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son consecutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos de dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras” (Foucault, 1976, p.112).

También afirma que “las relaciones de poder no están en externalidad respecto de otros tipos de relaciones, sino que son inmanentes, constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen” (Foucault, 1976, p. 114).

Según otros legisladores si se agregaran estas aclaraciones el espíritu de la ley perdería sentido porque la mujer no sería quien decida si es acompañada o no.

Desde otra perspectiva hay legisladores que apoyan el proyecto tal cual llega a la cámara a ser discutido desde la base que la mujer tiene derecho a decidir sobre quién la acompaña en un momento tan importante de su vida, apoyados en las investigaciones realizadas y en el tratamiento que se hizo del proyecto de ley en Comisión.

Una Diputada del Partido Nacional expone que es un proyecto que consagra un derecho que es natural y que tendría que darse sin la necesidad de un marco normativo. Y que no solo tiene que ver con la mujer, sino con el niño que va a nacer: tiene derecho a ser recibido con amor y afecto. Además hace referencia a que es un proyecto que apunta a la igualdad de derechos de todas las mujeres, porque según ella, las que tienen dinero y pueden pagar un servicio privado tienen más probabilidades de elegir, en cambio las más

pobres y sobre todo las adolescentes necesitan mucho del apoyo emocional que aportaría estar acompañadas en todo el proceso del parto.

Para un diputado del Nuevo Espacio, el proyecto implica un cambio cultural porque no solo los médicos son la única voz autorizada a opinar y esto causa temor. El segundo cambio cultural es el apoyo emocional, fundamental no solo para la parturienta sino también para el niño que va a nacer. Los profesionales de la salud aún tienen un peso tan importante en la futura madre que si le aconsejarán que no entren acompañadas ellas harían caso al médico. Para él se trata de un derecho de las mujeres uruguayas de toda clase y condición, a tener el apoyo emocional durante el momento del parto. Se van a cumplir protocolos como lo indica la ley, no se va a poder hacer lo que se quiera por más que se tenga un derecho. Por lo cual no ve en que se tendría que preocupar el médico.

En este discurso se pone de manifiesto el poder simbólico que tiene el médico en nuestra sociedad, hace que tanto dominante como dominado compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar el tenor de ese saber específico (Magnone, 2010, p. 100).

Con otro tipo de argumentos un Diputado del Partido Nacional apoya el proyecto desde una postura diferente a lo expuesto hasta ese momento, para él, la bancada femenina trae este proyecto que no solo atañe a la mujer “este no es un tema solamente de mujeres; el padre tiene derecho de asistir al parto, porque ver nacer a su hijo es un acto único. (...) defendiendo y reivindicando el derecho del padre consagrado en este proyecto a presenciar el nacimiento de su hijo, de su sangre, que si las circunstancias lo permiten será un acto que nunca olvidará.” Leyendo el contenido de la ley en ningún momento se nombra al padre, no es el derecho que se pretende consagrar en este proyecto, sino que la madre este acompañada por alguien de su confianza, que puede ser el padre o no dependiendo de las circunstancias. A su vez un Diputado del Frente Amplio quien vota la Ley deja en claro que le parece mal redactada, porque deja todo el derecho a la madre y el padre queda por fuera de la decisión. Considera que la madre puede elegir pero que el padre tiene todo el derecho de ingresar esté la madre de acuerdo o no.

Esta ley se reglamentó en el año 2006 mediante el decreto número 67, durante el primer gobierno de izquierda en Uruguay. Se dispone que todas las instituciones, además de informar a las embarazadas, deben de tomar las medidas necesarias para brindarle al acompañante la vestimenta adecuada, sin discriminación de sexo, raza, estado civil, etc. Y estableció sanciones en caso de incumplimiento.

Ley sobre el papel de las parteras en los establecimientos de atención

En tanto, la Ley 17.565 promulgada en el año 2002, consta de dos artículos que dicen:

Artículo 1° “Todo establecimiento o institución donde se asistan partos debe contar con partera de guardia, ya sean estos establecimientos o instituciones de carácter estatal, paraestatal o privado”.

Artículo 2° “Las referidas profesionales según lo requieran las circunstancias podrán actuar por sí mismas o como colaboradoras inmediatas de los médicos ginecólogos y pediatras de los establecimientos o instituciones de referencia.”

La necesidad de esta Ley surge de la contradicción de dos decretos: el 471/971 que establece que en todo establecimiento donde se preste atención obstétrica debe contar con partera de guardia y, el decreto 351/986 que lo modifica y dice que se exime la presencia de partera si la institución cuenta con médico ginecólogo de guardia y servicio de neonatología. Por esta contradicción es que se aprueba este proyecto para que las normas contenidas en el Decreto 471/971 adquieran fuerza de Ley.

En tal sentido apoyando la necesidad de esta Ley la Asociación Obstétrica del Uruguay ha señalado en el Parlamento que: “la partera es una profesional con título universitario que la habilita para el libre ejercicio en todo el territorio nacional. Egresada de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina.”

Entre los argumentos que presenta la Asociación Obstétrica del Uruguay para dar rango de ley a la obligatoriedad de que en los establecimientos o instituciones que brinden atención obstétrica deba contarse con partera interna de guardia figuran: que donde hay parteras desciende el número de cesáreas; apostar a que en el diálogo y en el ánimo de mejorar la calidad de atención del binomio madre-hijo, cada profesional sea un integrante del equipo al servicio de la mujer, y su producto el bebé, por las recomendaciones de Fortaleza Brasil, en 1985 la OMS reconoce la importancia del rol de la partera para descender la morbi-mortalidad, y por último, que la intervención de la partera ofrece la posibilidad de mejores resultados del embarazo y de la reducción general de la morbilidad perinatal.

Pasando a la discusión del proyecto tanto en la Cámara de Representantes como en la de Senadores, existió un claro apoyo a la aprobación del mismo, lo consideran

complementario al aprobado sobre el derecho de la mujer a ser acompañada por una persona de su confianza durante todo el desarrollo del parto, por motivos emocionales y psicológicos y porque está demostrado científicamente la importancia del apoyo psico-emocional que brindan las parteras durante el parto y la atención prenatal en el embarazo de bajo riesgo, que además reduce la incidencia de parto prematuro.

Se sostiene por parte de los integrantes de la cámara de representantes que “el parto no es para el médico, sino para la partera, porque los médicos han hecho del parto una enfermedad y, al hacer cesáreas aumenta la morbimortalidad”.

Con esto no se habla sino de medicalización, cómo desde la medicina se realiza un control del cuerpo de la mujer y se transforman en enfermedad los procesos naturales de la biología. Como se ha visto con anterioridad la OMS recomienda abandonar las formas intervencionistas de atención del parto, minimizando el uso abusivo de la tecnología, siempre que no sea necesario evitar cesáreas, y la episiotomía (Magnone y Viera, 2015). Foucault (1976) alude a las formas de control de la vida reproductiva de la sociedad y la biomedicina como la voz experta de dicho proceso, con el concepto de biopoder. Este biopoder entendido como un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo, controlando a los cuerpos en un aparato de producción y reproducción, mediante una dimensión individual como anatomopolítica del cuerpo humano y una social, la biopolítica de la población. El biopoder se ha ocupado principalmente del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva.

Para el autor:

“El cuerpo de la mujer fue analizado, calificado y descalificado como cuerpo íntegramente saturado de sexualidad, según el cual este cuerpo fue integrado bajo el efecto de la patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas, según el cual fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar); el espacio familiar (del que debe ser elemento sustancial y funcional) y de la vida de los niños (que produce y debe garantizar por la responsabilidad biológica-moral que dura todo el tiempo de la educación)”. (Foucault, 1976, p. 127)

Se destaca que con esta Ley se consagra el derecho al trabajo de las parteras, que durante muchos años fueron desplazadas de la atención del parto de la mano de la medicalización del mismo.

Ley en Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva

En diciembre de 2008 reunidos la Cámara de Representantes y Cámara de Senadores en la Asamblea General se promulga la Ley 18.426 ²¹“Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, en la misma se afirma que el Estado garantizará las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y que promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva. Se plantea universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, incorporar la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y usuarias.

En lo que respecta al objeto de estudio en el artículo tercero, inciso c, se establece la promoción del “parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”.

En el artículo cuarto, inciso b, se “promueve la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud”.

En el inciso c del mismo artículo se plantea, “brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y pos parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas”.

Esta Ley fue ampliamente discutida en las dos cámaras durante mucho tiempo²², si bien, y por su nombre pretendía la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, entendiendo de forma integral la salud sexual y reproductiva, destacando la importancia de la educación, el cuidado de la salud sexual, la prevención de embarazos no deseados, entre otros su discusión se centró básicamente en lo referente a la interrupción voluntaria del embarazo.

²¹ El proyecto de Ley en primera instancia era más extenso e integral, incluía V Capítulos, de los cuales y, en reconocimiento de las facultades otorgadas por la Constitución el Sr. Presidente Dr. Tabaré Vázquez vetó los capítulos II, III, y IV del proyecto de Ley de Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva. En dichos capítulos se consagraba el derecho de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo, las disposiciones sobre cómo se iba a ejecutar y se despenalizaba el aborto, sustituyéndose algunos artículos del Código Penal. Reunida la Asamblea General se intentó levantar el veto pero no se consiguieron las mayorías necesarias. En el año 2012, se promulga la Ley 18.987 “Interrupción Voluntaria del Embarazo”.

²² El Anteproyecto de Ley fue presentado el 6 de junio del 2006, a la Cámara de Senadores por 12 Senadores integrantes del Frente Amplio- Encuentro Progresista.

Según Magnone (2010) el concepto de derechos sexuales y reproductivos interpela la forma tradicional de pensar lo público y lo privado. Porque para lograr ciudadanía plena es necesario garantizar también las condiciones estatales y sociales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva. Las ideas de autonomía, libertad, salud, aportan una ética para pensar las formas como las sociedades respetan o no este tipo de derechos. Toma la autonomía como un término político, para Fernández (2006) “en el caso de la autonomía de género estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros” (Magnone, 2010, p. 102)

La discusión del proyecto se centra y está dividida claramente en dos tipos de concepciones, una referida a los derechos de la mujer a decidir sobre su cuerpo, y la otra a que la mujer no tiene derecho a decidir por otra vida que sería la del feto, esta última con algunas matices como que la mujer por sí sola no puede tomar esa decisión sin dar lugar a la opinión del hombre. En esta disyuntiva pierde el espíritu del proyecto que como se ha dicho es más integral, porque maneja conceptos como universalidad de atención de la salud, calidad y eficiencia de la misma, confidencialidad, privacidad y solidaridad con la decisión de la mujer sin discriminación.

En lo que respecta a este estudio, la discusión del proyecto de ley no profundiza en el tema que lo convoca, o sea, la humanización del parto. Pero la importancia de la Ley para el mismo está dada primero, porque es la primera que explícitamente menciona la humanización de la atención del parto y segundo por la inclusión de una perspectiva de género, tomando a la mujer como un sujeto de derecho y la capacidad de la misma de decidir sobre su cuerpo, cuando expresa que la mujer tiene derecho a estar informada y decidir cuáles serán las intervenciones del médico, decidir si será medicada y sobre los procedimientos que se le van a realizar. Es un logro importante inmerso en el mundo donde por muchos años el saber médico y la medicalización en la atención del parto fue lo establecido a nivel institucional.

La mujer como sujeto de derecho

Hablar de la mujer como sujeto de derecho implica una gama muy amplia de temas a tratar, en este caso se hará referencia específicamente a los derechos relacionados a la atención del parto que sería lo que interesa a efectos de este estudio.

Según Magnone, una perspectiva de derechos implica la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Entre los que se incluyen su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos por parte de los servicios de salud. (Magnone, 2017, p. 102)

Para hablar de la mujer como sujeto de derecho es importante destacar la distancia que hay entre el reconocimiento de los derechos por medio de leyes y el ejercicio de los mismos, en este punto se va a centrar este apartado.

Por consiguiente, retomando a Magnone (2017) se debe hacer referencia a la violencia simbólica²³ como un conjunto de relaciones de poder que se resisten a que todos y todas tengamos los mismos derechos y oportunidades (...) los derechos sociales se expresan como derechos en salud, y la violencia simbólica se sustenta en las relaciones de poder implicadas en la relación médico-paciente, y en las relaciones de género.

En términos formales encontramos un conjunto de derechos sociales, en derechos de salud, plasmados en las leyes que se analizaron anteriormente en este documento, las mismas garantizan derechos de la mujer en el momento de la atención del parto siguiendo las recomendaciones del OMS.

Según Magnone, en los servicios de salud se genera violencia por ser parte de un sistema altamente jerarquizado donde hay un contexto de asimetría de poder en la relación médico-paciente y por la apropiación por parte del sistema de salud de las decisiones vitales sobre el cuerpo de las usuarias. Esa violencia institucional ejercida en los servicios de salud atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante los procesos de embarazo y trabajo de parto tanto sea como acciones y omisiones, tales como el suministro de medicamentos o la imposición de la postura horizontal entre otros.

Tenemos por un lado el marco legal que pretende humanizar la atención en el parto y por otro lado, el saber médico y muchas veces la violencia obstétrica²⁴ que no permite que esos derechos se ejerzan.

“El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el

²³ Bourdieu (2009, p. 29) define la violencia simbólica como algo que “se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (...) cuando no dispone (...) de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural. (Magnone, 2017, p. 101)

²⁴ La violencia obstétrica es una de las tantas formas y expresiones de la violencia de género la cual se pone de manifiesto dentro del campo de la salud y en situaciones reproductivas. Medina la define como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivo de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Medina:2006. En Rivera, Camila. 2015:16)

marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico.” (Magnone, 2010, p. 100)

Foucault (1986), hace referencia al análisis de las formas de poder que se ejercen sobre la vida cotidiana inmediata y clasifica a los individuos en categorías, los designa por su individualidad propia, les impone una ley de verdad que deben reconocer, es una forma de transformar al individuo en sujeto. El término sujeto tiene dos sentidos, sujeto sometido al otro por el control y la dependencia, y sujeto relegado a su propia identidad por la conciencia y el conocimiento de sí mismo. En términos generales se puede decir que existen tres tipos de luchas: las que se oponen a las formas de dominación (étnicas, sociales y religiosas); las que denuncian las formas de explotación que separan al individuo de lo que él produce; y las que combaten todo lo que liga al individuo consigo mismo para asegurar así la sumisión a los otros. Si bien el autor no menciona el sometimiento de la mujer, lo podríamos englobar en las formas de dominación, cuando habla de étnicas, sociales y religiosas, podríamos agregar de género. La mujer como sujeto sometido en el caso de este estudio al poder médico y a la medicalización que es objeto durante el embarazo, parto y puerperio.

CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo se propuso aportar a la discusión de la Humanización en la atención del parto. Para ello, se partió del análisis teórico de la medicalización de la vida social como eje de estudio, para lograr entender cómo se da el proceso por el cual la atención del parto se medicalizó. A su vez se realizó una aproximación a conceptos como género y poder, entendiendo que eran fundamentales para la discusión, teniendo en consideración que la relación entre paciente y médico es asimétrica como toda relación de poder.

A lo largo del documento se estudia cómo la medicalización va permeando el entretejido social generando un dominio del poder médico que alcanza todas las áreas de la vida de los sujetos. La vida de las mujeres no es ajena a ello y como se pudo observar es quien más intervenciones tiene desde la medicina, por ser relacionada por ella como un ser enfermo y que necesita atención. En ese sentido, el poder está presente como forma de control del cuerpo de la mujer, que es patologizado por el saber médico convirtiéndose en objeto de atención.

En consideración al tema de estudio, se pudo analizar el proceso de medicalización en la atención del parto a través de los años, esta medicalización tuvo un doble significado, por un lado la intromisión de la medicina en el proceso, con un modelo cada vez más tecnocrático de atención con lo cual se intervino progresivamente en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio y por otro lado esta medicalización permitió ir bajando la tasa de mortalidad materno infantil que fue un logro trascendente en la historia sanitaria del país.

Como se mencionó anteriormente a partir de 1985 en base a las recomendaciones de la OMS para la atención del parto hay un cambio de paradigma y se pretende una atención del parto humanizado, donde la mujer retome su lugar de sujeto de derecho y pueda tener la posibilidad de elegir la forma de parir.

En cuanto a lo planteado en el objetivo de estudio, se analizaron discursos de los parlamentarios referentes a las tres leyes que refieren a la Humanización del Parto y que fueron aprobadas en nuestro país.

Como ya se expresó con anterioridad, a partir del año 2000 se comienza a discutir una Ley de Acompañamiento en el parto, que pueda elegir quién la acompañará durante el

proceso y le brinde apoyo emocional. En la discusión del parlamento se pueden desprender dos posturas contradictorias, por un lado están los legisladores que la presentaron y apoyaron su contenido basándose en las investigaciones referidas a la importancia del apoyo emocional y cómo éste es fundamental para el nacimiento del niño, mejorando sustancialmente todos los parámetros referidos al nacimiento. Y por otro lado la postura corporativista de otros legisladores que opinan que es el médico quien puede tener la última palabra en términos de si la mujer puede o no estar acompañada, apoyando esa postura por la responsabilidad del médico si se complica el parto. Esta ley se transforma en un logro importante en cuanto a los derechos de la mujer embarazada, siendo que aunque hubo discursos enfrentados los legisladores la votaron afirmativamente reconociendo sus derechos.

Si bien la ley se aprueba en el 2001, es recién en el año 2006 cuando ya había asumido el Frente Amplio al gobierno cuando se reglamenta y se pone en práctica.

En cuanto a la Ley 17.565, promulgada en el año 2002, se establece que toda institución que atienda partos debe contar con partera de guardia las 24 horas, tiene un significado especial y es el reconocimiento a una profesión que fue relegada a través de los años no solo en nuestro país sino también en el mundo, a pesar de que Uruguay cuenta con una Escuela especializada al estudio de las parteras y que fue el primer título universitario otorgado por la Facultad de Medicina a una mujer y partera²⁵.

Cuando se dice que el trabajo de las parteras ha sido relegado se refiere a que concomitantemente con el proceso de legitimación de la profesión, se reglamenta la acción profesional de la partería cada vez más restrictiva y sometida a la autoridad médica. Con esta ley se dignifica el trabajo de las parteras.

Es recién cuando se discute la Ley 18.426 “Defensa del Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva” cuando se habla de humanización en el parto, de revalorización de las emociones de la mujer y del respeto de las mismas. Esta es una ley integral que trata de consignar el derecho a la libertad de ejercer la salud sexual y reproductiva enmarcado en una protección del Estado. La discusión se centra básicamente en los capítulos dedicados a la interrupción voluntaria del embarazo y su despenalización, cada legislador tenía

²⁵ La partería profesional comienza sus cursos en la Facultad de Medicina en el año 1877, cuatro años más tarde se recibe la primera partera Adela Peretti, quien detento el primer título otorgado por dicha facultad.

libertad partidaria de tomar su propia decisión, y sus argumentos están teñidos de sus concepciones filosóficas. Existen claras divisiones entre los que están a favor o en contra, la bancada femenina conto mayoritariamente con votos afirmativos, esgrimiendo la necesidad de disminuir la brecha relacionada al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos entre hombres y mujeres.

La humanización del parto es una inquietud internacional, y tiene su origen en una alerta de la OMS sobre la alta medicalización en la atención del parto, planteando la necesidad de una transformación en la atención sanitaria y en la conducta de los operadores de la salud. La premisa es humanizar el parto poniendo como centro los derechos de la mujer a una correcta atención, el parto no puede ser visto como una enfermedad sino como un proceso natural.

Es importante destacar lo expresado por Magnone en cuanto a lo formal y lo sustantivo, con ello la autora se refiere a como si bien los derechos sexuales y reproductivos son útiles para la ciudadanía y diferenciar la parte formal de los derechos de los que en realidad son, a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia. Es decir, por un lado están las leyes y por otro la sustanciación de los mismos o sea su apropiación.

Y a forma de conclusión es importante retomar nuestra pregunta guía de estudio.

En cuanto a los discursos de las leyes sobre humanización del parto surge del estudio que la atención del parto sigue enmarcada en una tendencia medicalizadora, pero desde un nuevo paradigma: el de humanización, que busca mejorar la vivencia del parto y devolverle a la mujer su rol protagónico pero en un ambiente de seguridad, confianza y respeto, acompañada de profesionales con habilidades técnicas para disminuir los riesgos y garantizar la vida de la madre y el niño.

Una reflexión final en cuanto a la humanización del parto es que ella no se refiere a la ausencia de la medicina en el proceso sino en cambio a la resignificación de la intervención médica, basada en el respeto de los derechos de la mujer en su empoderamiento para vivirlo de forma digna y placentera apropiándose de su rol protagónico en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abracinskas, Lilian. López, Alejandra. 2004. *“Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay... Un escenario cambiante”*. MYSU. Montevideo
- Acosta, Luis. 1994. *“Trabajo Social en el campo de la salud: obstáculos y propuestas”*. En Demandas y Oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos Escenarios y Estrategias Congreso Nacional de Trabajo Social en el Uruguay. Ed. EPPAL; Montevideo. Uruguay
- Anderson, Jeanine. Provoste, P. Espino, A. Bettyhany, K. (coordinadora) 2006. *“Género y desarrollo. Una propuesta de formación”* Ed. Doble Clic. Uruguay
- Badinter, Elizabeth. 1980. *“Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglo XVII al XX. Ed. Paidós-Pomare. Barcelona*
- Barran, José Pedro. 1990. *“Historia de la Sensibilidad en Uruguay” tomo 2. El Disciplinamiento” (1860-1920)*. Ed. Banda oriental. Montevideo.
- Barran, José Pedro. Nahúm, Benjamín. 1990 *“El Uruguay del Novecientos. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico.”* Tomo I. Ed. Banda Oriental. Montevideo Uruguay
- Barran, José Pedro. 1995. *“Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo.”* Ed. Banda Oriental. Montevideo Uruguay.
- Barran, José Pedro. 1993 *“Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya”* En: Medicalización de la Sociedad. Ed. Norton-Comunidad. Montevideo Uruguay
- Berger, Peter. Luckmann, Thomas. 1991. *“La Construcción Social de la Realidad”* Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Castro, Roberto. López, Alejandro. (Editores) 2010. *“Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina”*. Udelar. Facultad de Psicología. Montevideo.
- Cheroni, Alción. 1993. *“Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay”* En: Medicalización de la Sociedad. Ed. Nordan. Comunidad. Montevideo Uruguay.
- De Martino, Mónica. 1994 *“Reflexiones en torno a la metodología del Trabajo Social”* En: Demandas y Oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos Escenarios y Estrategias. V Congreso de Trabajo Social en el Uruguay. Ed. EPPAL. Montevideo Uruguay.

- Ehrenreich, Bárbara. Deirdre, English. 1981. *“Brujas, Parteras y Enfermeras. Una Historia de Sanadoras”* Ed. La Sal. Barcelona
- Fernández, Ana María. 2006. *“Poder y Autonomía: Violencias y Discriminaciones de Género”*. Madrid.
- Flores, María Elena. 2004. *“La intervención del trabajo social en el área de la salud pública. Los espacios posibles”* En: Revista de trabajo Social, Año XVIII N° 31
- Foucault, Michel. 2008. *“Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión”*. Ed. Siglo Veintiuno. Argentina.
- Foucault, Michel. 1999. *“Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina”*. En: Estrategias de Poder. Ed. Paidós España.
- Foucault, Michel. 1999. Nacimiento de la medicina social. En: Estrategias del poder. Ed. Paidós. España.
- Foucault, Michel. 1986. *“Porque hay que estudiar el Poder: la cuestión del sujeto”* En Materiales de Sociología Crítica. Barcelona. Ed. La piqueta
- Foucault, Michel. 1976. *“Historia de la sexualidad. La voluntad del saber”*. Ed. Siglo XXI. España
- García Salord, Susana. *“Especificidad y Rol en el Trabajo Social. Curriculum. Saber. Formación”*. Ed. Humanitas. Buenos Aires. Argentina
- Gómez, Elsa. (Editora) 1993. *“Genero Mujer y Salud en las Américas”* Washington DC. OPS. Publicación Científica. N° 541
- Illich, Ivan. 1975. *“Némesis Médica. La Expropiación de la Salud”* Ed. Barral
- Jurado, Camila. 2015 *“Como Nacemos Hoy. Manifestaciones y Naturalización de la Violencia Obstétrica”* Tesis Trabajo Social. FCS. Montevideo.
- Labisch, Alfons. 1993. *“La salud y la medicina en la época moderna. Características y condiciones de la actividad medica en la modernidad”* En: Medicalización de la Sociedad. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo. Uruguay.
- Magnone Alemán, Natalia. 2017. *“Entre lo Formal y lo Sustantivo: la calidad de la asistencia al parto en Uruguay”*. En: Revista Latinoamericana. Sexualidad, Salud y Sociedad.
- Magnone Alemán, Natalia. 2014, *“Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto”* En: XVIII Jornadas de Investigación FCS. UDELAR. Montevideo

- Magnone Alemán, Natalia. 2010. *“Derechos y Poderes en el Parto: Una Mirada Desde la Perspectiva de la Humanización”*. Tesis Maestría en Sociología. FCS. Montevideo.
- Magnone Alemán, Natalia. 2005. *“Aportes del Feminismo al desarrollo de la Ciudadanía”*. Tesis Trabajo Social. FCS. Montevideo.
- Mitjavila, Myriam. 2016. *“El Saber Medico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos”* En: La Protección Social sin Estado. De la hospitalidad a la Asistencia Social. Coordinadora: Claudia Sandra Krmpotic. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Mitjavila, Myriam. 1998. *“El Saber Medico y la Medicalización del Espacio Social”* En: Documento de Trabajo Social. N°33. FCS
- Mitjavila, Myriam. Echeveste, Laura 1992. *“La Medicalización de la Reproducción Humana”*. CLAEH Serie de Investigación. N°64
- Mitjavila, Myriam. 1992 *“Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización”* En: Cuadernos del CLAEH Número 62. Año 17
- Montecino, Sonia. 2003. *“Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario”* Tesis de Antropología Social. Chile. FCS
- Ortega; Elizabeth. 2003. *“El Servicio Social y los Procesos de Medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista”* Tesis de Maestría en Trabajo Social. UDELAR
- Portillo, José. 1993. *“La medicina: el imperio de lo efímero”* En: Medicalización de la Sociedad. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo. Uruguay
- Porzecanski, Teresa. 1993. *“Medicalización y mitología: los destinos del cuerpo físico y social”* En: Medicalización de la Sociedad. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo. Uruguay
- Scott, Joan W. 1996. *“El Género una categoría útil para el análisis histórico”*. En Lamas Marte (Comp.) El Género la Construcción cultural de la diferencia Social. Ed. Pueg. México 265-302p.
- Tornquist, Carmen. 2002. *“Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização Do Parto”*. Revista Estudios Feministas. Brasil.

Internet:

Diario de Sesión de la Cámara de Representantes Número 50. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/diarios-de-sesion?Cpo_Codigo_2=D&Lgl_Nro=45&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2000&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2005&Ssn_Nro=50&TS_Diario=2972&tipoBusqueda=T&Texto=

Diario de Sesión de la Cámara de Representantes, número 69. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/diarios-de-sesion?Cpo_Codigo_2=D&Lgl_Nro=45&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2000&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2005&Ssn_Nro=69&TS_Diario=2991&tipoBusqueda=T&Texto=

Diario de Sesión de la Cámara de Senadores, número 53. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/diarios-de-sesion?Cpo_Codigo_2=S&Lgl_Nro=45&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2000&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2005&Ssn_Nro=53&TS_Diario=&tipoBusqueda=T&Texto=

Diario de Sesión de la Asamblea General, número 13. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/diarios-de-sesion?Cpo_Codigo_2=A&Lgl_Nro=46&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2005&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2010&Ssn_Nro=13&TS_Diario=&tipoBusqueda=T&Texto=

Diario de Sesión de la Cámara de Senadores, número 57. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/diarios-de-sesion?Cpo_Codigo_2=S&Lgl_Nro=46&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2005&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2010&Ssn_Nro=57&TS_Diario=&tipoBusqueda=T&Texto=

Ley 17.386. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6085201.htm>

Ley 17.565. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3053062.htm>

Ley 18.426 Recuperado de
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7258259.htm>

Magnone Alemán, Natalia. Viera Cherro, Mariana. 2015“*Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco*. En: Revista Frontera. Pág. 133. Recuperado de
Cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/fronteras-8.

Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP. 2014. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

Margarita López Carrillo., La medicación de la vida y la salud de las mujeres. Recuperado de
http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf

Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Recuperado de
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>