

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

**Asistencia al parto en situaciones de
discapacidad: experiencias de mujeres sordas**

Johanna Quiñones Calcagno
Tutora: Natalia Magnone

2019

Dedico este trabajo:

A mis padres; por el amor, el apoyo y las oportunidades.

A mi familia en especial a Rodrigo y Majo; las personas que más quiero.

A Juan; mi compañero de vida.

Agradezco:

A mi tutora Natalia Magnone por creer en mis capacidades, por la dedicación, la paciencia y por darme el honor de guiarme en el tema estudiado.

A todas las mujeres que accedieron a compartir conmigo sus experiencias en las entrevistas.

INDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	5
Relevancia de la investigación exploratoria y motivación para la elección del tema.....	7
Preguntas de investigación y objetivos.....	7
Metodología de investigación y fundamentación de su elección.....	8
CAPÍTULO 1. Marco teórico y contextual.....	10
1. 1. Perspectiva de género y derecho a la salud reproductiva.....	10
1. 1. 1. Perspectiva de género.....	10
1.1.2. Derechos reproductivos.....	10
1.2. Violencia de género en una sociedad medicalizada.....	12
1.2.1 Orígenes y consolidación de la dominación de las mujeres por parte de la medicina.....	12
1.3. Discapacidad.....	14
1.3.1 Conceptos generales.....	14
1.3.2 Personas sordas: lengua de señas y reivindicaciones.....	16
1.4. Interseccionalidad.....	17
CAPITULO 2. Análisis de entrevistas.....	19
2. 1. Aportes de las técnicas de la Unidad de Salud para Personas Sordas a las experiencias de las mujeres sordas.....	19
2. 1. 1. Unidad de Salud Para Personas Sordas.....	19
2. 1. 2. La comunicación como barrera de acceso a la salud.....	20
2. 1. 3. Condiciones institucionales en la atención a mujeres sordas.....	21
2. 1. 4. Intervenciones sobre el cuerpo de las mujeres sordas.....	23
2. 1. 5. Violencia obstétrica en la asistencia a mujeres sordas.....	25
2. 1. 6. Importancia de un modelo de salud que respete los derechos de las mujeres sordas.....	26
2 2. Entrevistas a mujeres sordas.....	28
2 2.1 Entrevista a Magdalena.....	28
2.2.1.1. Impedimentos en el plan de parto de Magdalena.....	29
2.2.1.2. Invasión al cuerpo y falta de consentimientos.....	30
2.2.1.3. Acciones médicas que dificultan el proceso natural del parto.....	31

2.2.1.4	Importancia del derecho de acceso a la información.....	33
2.2.1.5	Aportes de doulas al proceso de parto.....	34
2.2.1.6	Falta de reconocimiento a mujeres sordas.....	35
2.2	Entrevista a Catalina.....	36
2.2.2.1	La mujer sorda como objeto de intervención médica.....	36
2.2.2.2	Reconocimiento de intérpretes de LSU.....	37
2.2.2.3	Limitaciones en el acceso a la información.....	39
2.2.3	Entrevista a Selena.....	40
2.2.3.1	Acompañamiento en el parto y la herramienta del intérprete.....	41
2.2.3.2	Vulneración de derechos reproductivos.....	42
2.2.3.3	Barreras de comunicación.....	43
2.2.3.4	Supremacía del mundo oyente.....	45
2.2.3.5	Autonomía para la mujer sorda en la asistencia.....	45
CAPITULO 3. Consideraciones finales.....		48
3.1	Las distintas problemáticas surgidas a partir de la situación de discapacidad ¿son contempladas a nivel de la asistencia?.....	48
3.2	¿Qué situaciones fueron percibidas como violentas en el proceso de atención al parto? ¿Cómo vivencian la asistencia al parto las mujeres sordas que asisten a centros de salud en Montevideo?.. ..	48
3.3	Teniendo en cuenta los estudios acerca de experiencias en asistencia al parto ¿Existen particularidades en las vivencias de las mujeres sordas?.. ..	49
3.4	Recomendaciones para el respeto de los derechos de las mujeres sordas en la asistencia al parto.....	51

Resumen

La institucionalización del parto en nuestras sociedades, frecuentemente produce violaciones en los derechos reproductivos de las mujeres. En la intersección del tema de asistencia al parto con discapacidad aparecen nuevas vulneraciones a tener en cuenta. Este trabajo toma la experiencia de mujeres sordas quienes son vulneradas debido a las barreras comunicacionales con las que día a día se enfrentan al ingresar a un centro de salud. La monografía concluye que la atención al parto en mujeres sordas acentúa la violencia obstétrica, debido a las falencias institucionales que no contemplan las barreras en el acceso a la información ni sus necesidades, les dificultan el acceso a intérpretes de lengua de señas, no respetan sus elecciones, se ven limitadas para acceder a clases de parto, entre otras.

Introducción

La presente monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social tiene por objeto estudiar las experiencias de atención al parto en mujeres sordas que parieron en centros de salud públicos o privados de Montevideo.

Hace varios años las ciencias humanas han avanzado en el análisis de las condiciones de asistencia al parto desde la perspectiva de derechos humanos, utilizándose la categoría derechos sexuales y reproductivos. Este concepto se ha venido incorporando en las últimas décadas por parte de movimientos feministas, para abarcar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en temas de aborto, anticoncepción, etc. (Correa, 2003, p. 16)

Los debates problematizan el rol de la medicina como institución hegemónica de intervención social en términos de salud y enfermedad. La institucionalización del parto consolida el control de la reproducción biológica, estableciendo “(...) la idea de que el parto es en todos los casos un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional” (Bellón, 2015, p. 16).

El proceso de ayudar en el parto ha cambiado drásticamente en los últimos siglos. Bellón (2015) relata que el acompañamiento en el alumbramiento no siempre perteneció a la medicina. Eran las comunidades de mujeres quienes protagonizaban y colaboraban en la asistencia a los nacimientos. Federici (2010) menciona que en el siglo XVII la “cacería de brujas” estaba caracterizada por la exclusión y aniquilación de mujeres con conocimientos ancestrales en el parto y la curación. De manera semejante, las “matronas” (antes del siglo XIX) tenían el dominio de la asistencia al acto de dar a luz, entre otras áreas de la atención en salud (Bellón, 2015, p.102).

El dominio de la medicina por sobre los demás saberes desplaza el conocimiento de las “matronas” y mujeres sabias en asistencia de salud. Estas últimas pasan a ocupar roles de asistencia al médico. (Bellón, 2015, p. 103). A partir de esta transformación, la medicina se establece como conocimiento “incuestionable, lejano y a la vez incomprensible para el pueblo” (Arguedas, 2014, p. 161).

Diversas investigaciones (Belli, 2013; Bellón, 2015, Chiarotti et. Al. 2003; Sadler, 2003) observan que el modelo actual de asistencia médica al acto de dar a luz, produce inconformidades y violaciones en los derechos reproductivos de algunas mujeres.

En los últimos años en Uruguay se han elaborado estudios académicos (Magnone, 2013; Farías 2014) en relación a derechos reproductivos y experiencias en situaciones de violencia en el parto. En los estudios y monografías de grado relacionadas a la temática, las mujeres en situación de discapacidad aparecen mencionadas de manera muy escasa e incluso invisibilizadas.

En tal sentido interesa realizar un aporte a estos trabajos, incorporando las situaciones de discapacidad. Para comprender que las desigualdades de género se intensifican en minorías sociales como la discapacidad, es necesario introducir el concepto de interseccionalidad. Las mujeres con discapacidad son objeto de varias desigualdades sociales, que se combinan produciendo situaciones particulares de opresión y discriminación. Esta discriminación múltiple e intersectorial limita el acceso a determinados derechos y oportunidades. (Awid, 2004).

Los planteos de Iniesta (2004) permiten reflexionar que en particular las mujeres sordas, enfrentan una desventaja comunicacional que incrementa su posición de vulnerabilidad social y de género. Diariamente se encuentran con barreras en el acceso a la información, (de manera desigual en relación a mujeres que no son sordas), por las limitaciones al comunicarse, comprender y ser comprendidas. (Iniesta, 2004, p. 9).

Este trabajo problematiza desde una perspectiva de género y derechos reproductivos, el actual modelo de atención al parto, considerando que hay particularidades que no son tenidas en cuenta en la asistencia a mujeres sordas. Se entenderá la discapacidad desde la importancia de la participación activa de todas las mujeres en la toma de decisiones. (Iniesta, 2004, ps 9- 10).

Relevancia de la investigación exploratoria y motivación para la elección del tema

El área de interés de la monografía, se centra en el estudio de la experiencia de sordas en condiciones de asistencia al parto. Como se ha mencionado, en Uruguay existen estudios sobre cesáreas y derechos en el parto donde se da voz a las situaciones vividas por algunas mujeres. Resulta necesario ampliar la mirada y considerar las vivencias del parto en mujeres con discapacidad.

La elección del objeto de análisis estuvo motivada por el interés en temáticas de género, que derivó en el estudio de experiencias de mujeres que pasaron por procesos de parto. Por su parte, existe el interés por la dimensión de discapacidad, por haberlo profundizado a lo largo de las prácticas pre-profesionales de Trabajo Social. El alcance de una monografía de grado obliga a delimitar a una sola discapacidad, por eso se focaliza en la población sorda.

La monografía tiene como objeto de estudio las experiencias de atención al parto en mujeres sordas que parieron en centros de salud públicos o privados de Montevideo.

Preguntas de investigación y objetivos

¿Cómo vivencian la asistencia al parto las mujeres sordas que asisten a centros de salud en Montevideo? ¿Las distintas problemáticas surgidas a partir de la situación de discapacidad, son contempladas a nivel de la asistencia? ¿Qué situaciones fueron percibidas como violentas en el proceso de atención al parto? Teniendo en cuenta los estudios acerca de experiencias en asistencia al parto ¿Existen particularidades en las vivencias de las mujeres sordas?

El objetivo general es:

- Estudiar las posibilidades y limitaciones en el ejercicio de los derechos en el parto de mujeres sordas asistidas en centros de salud de Montevideo.

Del mismo se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una investigación exploratoria que ofrezca una aproximación a cómo viven la atención al parto las mujeres sordas en centros de salud de Montevideo.
- Analizar en qué medida el proceso de atención médica al parto toma en cuenta las necesidades específicas de las mujeres sordas entrevistadas.
- A partir de la revisión teórica de experiencias en asistencia al parto, identificar puntos de encuentro y particularidades en las vivencias de las mujeres sordas entrevistadas.

Metodología de investigación y fundamentación de su elección

La elección del modelo metodológico no se realiza al azar, corresponde a una postura epistemológica que toma en cuenta el objeto de estudio (Vallés, 1999, p. 119). Si se considera la complejidad estructural y dinámica del objeto de investigación, la metodología que se elija condicionará el tipo de conocimiento que se pretende construir. (Massé, 2006, p. 78-79)

Este trabajo propone dar cuenta de la voz de las mujeres sordas priorizando sus experiencias. La escasez de estudios en Uruguay respecto al tema de análisis, explica la elección de una investigación exploratoria. El modelo de investigación cualitativa exploratoria se basa en “(...) la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad”. (Sautu, 2005, p. 32). El fin es conocer experiencias a partir de las entrevistas, que respondan a las preguntas de investigación planteadas.

En la investigación cualitativa, resulta importante dialogar simultáneamente con tres aspectos principales de la investigación social: la documentación, la observación y la conversación. (Vallés, 1999, p. 119)

La documentación, aquí considerada como el análisis de antecedentes al problema de investigación, es definida por Valles como: “(...) instruirse convenientemente sobre algo antes de tratarlo o escribir sobre ello.” y como una (...) “estrategia metodológica de obtención de información” (Vallés, 1999, p. 119). Este fue el primer paso para comenzar a investigar.

Se llevó a cabo una búsqueda de antecedentes del tema de estudio, basándose en la lectura de investigaciones en violencia obstétrica tanto en Uruguay como en América Latina, revisando leyes, artículos e investigaciones.

En investigación cualitativa el análisis empírico y el teórico se dan en forma simultánea (Sautu, 2005, p. 157). Según Sautu: “(...) los datos construidos u obtenidos deben ser analizados a la luz de la teoría que guía y da sustento al estudio” (Sautu, 2005, p. 157).

Se realizaron dos tipos de entrevistas semiestructuradas. Uno toma como población a mujeres sordas y la otra a profesionales que están en contacto con personas sordas. De un total de cinco entrevistas, tres fueron a mujeres sordas que experimentaron uno o más partos en Montevideo y las otras dos fueron dirigidas a las profesionales.

De acuerdo con Valles, la entrevista semiestructurada es guiada por un conjunto de preguntas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado (Valles, 1999, p. 179).

En cuanto a las mujeres sordas, se accedió a las entrevistas a partir de contactos concedidos por docentes del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias

Sociales, a partir de su trabajo y/o contacto con profesionales que han trabajado con esta población, accediendo de esta manera a mujeres que quisieron ser entrevistadas para esta investigación.

Se consideró necesario llevar a cabo preguntas abiertas que permitan conocer las representaciones y vivencias de mujeres sordas y así poder establecer las distintas particularidades de tales experiencias. Estas fueron planteadas a las entrevistadas de manera escrita, verbal y/o con intérprete de lengua de señas, dependiendo de las distintas necesidades y preferencias de las mujeres entrevistadas. La primera entrevista fue realizada con la colaboración de la psicóloga de la USS, quien si bien no es intérprete de LSU, posee profundos conocimientos en el habla de la lengua. La segunda entrevistada manifestó no necesitar intérprete de LSU debido a que hace lectura labial y habla fluidamente el idioma español, por lo que se realizó la entrevista sin intérprete. La tercera entrevista fue realizada con la mediación de una intérprete de LSU, quien fue otorgada por solicitud a la Asociación de Sordos del Uruguay.

Por otra parte, se entrevistó a una trabajadora social y una psicóloga que han trabajado con personas sordas, para conocer su visión acerca de las experiencias y particularidades de la atención al parto a mujeres sordas. Las mismas se lograron concurrendo a la Unidad de Salud para Personas Sordas.

CAPÍTULO 1. Marco teórico y contextual

A continuación, se presentarán los ejes temáticos elegidos para realizar el análisis, que ilustran el posicionamiento teórico de la investigación. A su vez, se entrelazan antecedentes contextuales e históricos de dichos contenidos. Los conceptos de género, violencia obstétrica, discapacidad, interseccionalidad y derechos reproductivos serán incorporados como las principales categorías mediadoras del documento; estos fueron antecedentes y la guía fundamental para llevar a cabo el presente trabajo.

1. 1. Perspectiva de género y derecho a la salud reproductiva.

1. 1. 1. Perspectiva de género.

La perspectiva de género muestra, al decir de Lagarde, que en la sociedad existen relaciones de dominación entre los géneros, particularmente del género masculino sobre el femenino. (Lagarde, 1996, p. 1). Tomando la definición de Scott, la perspectiva de género se caracteriza por mirar especialmente la relación basada en las diferencias entre el género femenino y masculino y también visualiza las relaciones de poder que esto produce: “el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996, p. 23).

En las relaciones de poder, el lugar de la mujer como objeto de opresión, revela que uno de los “espacios” de dominación masculina es el cuerpo de la mujer. Silvia Federici, quien analizó la reproducción como espacio de dominio masculino en el pasaje del feudalismo al capitalismo, plantea: “(...) los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos (...) para el despliegue de las técnicas y de las relaciones de poder” (Federici, 2010, p. 27). El cuerpo de las mujeres históricamente fue instrumento de consolidación del poder patriarcal. La sexualidad, procreación y maternidad han sido objeto de explotación, disciplinamiento y control masculino, basado en mecanismos de violencia. (Federici, 2010, p. 27).

1.1.2. Derechos reproductivos

Teniendo en cuenta la existencia de mecanismos de poder sobre el cuerpo femenino y a partir del reconocimiento de que “el cuerpo es parte nodal de cualquier política de identidad y es el centro de la reproducción de las sociedades.” (Scribano, 2007, p. 98), la perspectiva abordada en este trabajo implica ver a la mujer desde su capacidad de hacer valer sus derechos corporales y personales.

Los derechos sexuales y reproductivos abarcan una serie de conceptos que fueron trabajados desde movimientos feministas como objeto de reivindicación: “(...) salud de la mujer, salud integral de la mujer, derecho al aborto, derecho, a la anticoncepción, etc.” (Correa, 2003, p. 16)

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo coloca la categoría de derechos reproductivos en el ámbito internacional, ampliando la mirada de los derechos humanos de las mujeres en materia de decisiones sobre su cuerpo (Correa, 2003, p. 18).

En Uruguay, una muestra de legitimidad institucional y pública acerca de los derechos reproductivos estuvo dada por la aprobación de la Ley N° 17.386 en el año 2001, referida al derecho a ser acompañada durante el proceso de parto. La misma narra en su primer artículo: “toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, (...) 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.” (Ley 17.386, 2001). En el año 2002 la Ley N° 17.565 surge para regular a los establecimientos donde se asisten partos. En sus artículos decreta la obligación de contar con una partera de guardia y la importancia de la actuación de ésta por sí misma cuando se requiera, o como colaboradoras inmediatas de los médicos.

En 2008 surge el gran reconocimiento institucional a estos derechos con la aprobación en la Cámara de Diputados del proyecto de Ley en Defensa de la Salud Reproductiva. Se buscó la responsabilidad estatal a garantizar estos derechos bajo determinadas condiciones: “(...) promoviendo la educación sexual, el ejercicio de la maternidad y la paternidad deseada y responsable, la reducción de la mortalidad materna y la prestación de servicios de planificación familiar” (Correa, 2003, p. 1)

En su artículo primero sintetiza el rol del Estado en materia de derechos reproductivos y sexuales: “El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes”. (Ley 18426, 2008, art. 1)

1.2. Violencia de género en una sociedad medicalizada.

1.2.1 Orígenes y consolidación de la dominación de las mujeres por parte de la medicina

“El arte de dar a luz es una actividad que acompaña la historia de la propia humanidad y, particularmente, la historia de la mujer. Por mucho tiempo, fue considerada una actividad eminentemente femenina, tradicionalmente realizada por parteras.” (Wolff y Waldow, 2008, p. 4)

Autoras como Ehrenreich y English (2006) y Federici (2010), nos han ofrecido importantes investigaciones que dan cuenta del papel histórico de las mujeres como sanadoras a lo largo de la historia de la humanidad, siendo excluidas de los libros y la ciencia. Estas mujeres son las pioneras en la intervención médica y anatómica de la historia occidental, transmitiendo sus experiencias como legado ancestral:

Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. (Ehrenreich y English, 2006, p. 4)

Al surgir el proceso de medicalización de la sociedad ya en Europa desde los siglos XVII y XVIII y en América desde mediados del siglo diecinueve, los saberes tradicionales femeninos fueron deslegitimados. En algunos países, el sistema biomédico moderno ha logrado un lugar de poder, por encima de otras alternativas de atención. Los profesionales médicos pasaron a predominar en la intervención sobre los cuerpos de las mujeres. (Belli, 2013, p. 27)

El proceso de medicalización se establece con la expansión de la medicina basándose en:

(...) la elaboración de categorías y estándares que informan normas, discursos y prácticas de ámbitos cada vez más amplios de la vida (...) 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 et. al., 2016, p. 636)

Barrán (1992) en su narración sobre la sociedad uruguaya de 1900 plantea pasaje del saber- poder hacia campo médico:

(...) el culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, (...) implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. (Barrán, 1992, p. 11).

Se viene cuestionando la expansión de las prácticas médicas y discursos dirigidos a las mujeres, que se apropian de sus cuerpos y de sus experiencias. (Murguía et. al., 2016, p. 638)

En cuanto a la institucionalización de la atención al parto, se implementa y consolida la obligatoriedad del parto hospitalario bajo el control de los médicos obstetras: “el parto intervenido, medicalizado, es sólo un aspecto de la nueva concepción fuertemente biologicista de la reproducción humana y de la salud humana en general (...)” (Belli, 2013, p. 26). Al mismo tiempo, se patologizan todos los procesos del ciclo vital de las mujeres: el parto de bajo riesgo, el embarazo, la menstruación y la menopausia se ven como enfermedades a ser controladas. (Sadler, 2003, p. 2).

Además, se incorporaron intervenciones quirúrgicas en el parto como la episiotomía y el fórceps profiláctico: “se adscribe al profesional, entonces, la tarea de modificar comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas considerados perniciosos o incorrectos en relación con la higiene y la salud” (Belli, 2013, p. 26).

En este contexto, la mirada hacia la mujer cobra un significado disciplinador: “el paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho” (Belli, 2013, p.27).

La autora plantea que la existencia de asimetría y desigualdad entre las mujeres que requieren de asistencia médica en el embarazo y los profesionales de salud, genera violencia simbólica y real: “(...) son desplazadas por la autoridad del saber médico, (...) se refuerza la idea de legitimación de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres.” (Belli, 2013, p. 28)

Bajo esta forma de organización social con opresión hacia el género femenino, perpetúa y desarrolla la violencia contra las mujeres. Este tipo de violencia se denomina violencia de género. La misma se ve caracterizada en la siguiente definición: “(...) cualquier acto o conducta basada en el género, causando muerte, daño o sufrimiento de orden físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en la esfera pública, como en la esfera privada.” (Wolff et. Al., 2008, p. 2)

Uno de los puntos de la definición de violencia contra las mujeres, señala que las relaciones de poder que sostienen la violencia se pueden dar tanto en esferas privadas como públicas, siendo el ámbito de la salud parte de estas últimas.

Siguiendo a Castro (2009), las condiciones de la atención en salud reproductiva vienen siendo cuestionadas. Las circunstancias sociales y culturales que determinan la práctica médica y la calidad de la atención reproductiva se ponen en duda.

Por un lado, en los procesos de institucionalización y medicalización del parto, existe violencia hacia las mujeres. Por otra parte, esta violencia se concibe como violencia de género por parte del personal de la salud. La violencia de género ocurrida en el ámbito de la atención a la salud reproductiva se denomina violencia obstétrica:

(...) la violencia obstétrica se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (...) y es producto de un entramado multifactorial en donde intersectan la violencia institucional y la violencia de género. (Villanueva, 2016, p. 11).

En Uruguay, la ley 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género, promulgada en 2017 la define como: “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”. (Ley 19580, 2017, art. 6, inc. h)

La violencia obstétrica da cuenta de una violación a los Derechos Humanos en dos aspectos: desde la manifestación de la violencia de género contra las mujeres y desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006).

En este trabajo se hará referencia a los derechos reproductivos, especialmente a los que ocurren en el embarazo, parto y puerperio. Interesa dar cuenta de las situaciones enfrentadas por las mujeres entrevistadas y los distintos tipos de violencia ocurridas en la atención al embarazo y parto, estando de acuerdo en que: “una sociedad que aparentemente glorifica la maternidad, en demasiadas ocasiones, obliga a ejercerla en condiciones inhumanas.” (Correa, 2003, p. 7).

1.3. Discapacidad

“(...) el poder que tiene el médico en la toma de decisiones importantes en la vida de las personas con discapacidad se ve exagerado en el caso de las mujeres ya que las jerarquías que operan en medicina son dominadas por hombres no discapacitados convirtiéndose éstas pacientes sumisas y vulnerables (González, 2010, p. 2746)

1.3.1 Conceptos generales

En 2006, en la Asamblea General de la ONU donde se conmemora la Convención Internacional de los Derechos Humanos, se celebró la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad. En este marco se definió a la discapacidad como:

(...) un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006, p. 1).

Su sexto artículo reivindica la protección de los derechos de mujeres y niñas con discapacidad en plano de igualdad (Soler et. al., 2008: p. 6)

Varias investigaciones como las de Soler et. al. (2008), González (2010) y Domínguez (2011), dan cuenta que las mujeres con discapacidad se ven mayormente vulnerables en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando que ambos aspectos se encuentran invisibilizados en las vidas de estas mujeres, o bien no son tomados en cuenta: “las mujeres con discapacidad son normalmente consideradas asexuadas e incapaces de gozar de estos derechos”. (Domínguez, 2011, p. 9)

Atendiendo estas consideraciones, Soler et. al. (2008) y González (2010), plantean dos modelos contrapuestos de definir la discapacidad: el modelo médico y el modelo social. El primero de ellos se funda en el saber- poder médico, desde una visión de la persona como portadora de una enfermedad, una limitación propia, pensándola desde su rehabilitación, tratamiento y cura. Se la visualiza desde la desviación a la norma, donde la persona es quien debe adaptarse al entorno debido a su discapacidad. Dentro de este marco, también existe una ausencia de enfoque de género, comenzando por la utilización del plural masculino “discapacitados” hasta considerar a las mujeres con discapacidad como “asexuadas” y no aptas para reproducirse. González, 2010, ps. 2740, 2743), (Soler, et. al., 2008, p.17).

Por otra parte, los autores referenciados señalan la existencia de diversas reivindicaciones de colectivos de personas en situación de discapacidad. A partir de estos movimientos, comienza a coexistir un segundo modelo conceptual de discapacidad. (González, 2010, p. 2740). El modelo social manifiesta que el mundo está creado para personas “sanas”, “capaces” y “normales”, según las imposiciones hegemónicas del modelo médico. La discapacidad entonces, es construida por la sociedad. El ambiente es discapacitante en tanto limita las posibilidades de estos sujetos. De acuerdo con tales planteos, conseguir la adaptación y participación de las personas en situación de discapacidad requiere de una responsabilidad y un cambio social. (Soler et. al., 2008, p. 2).

En esta investigación, el análisis de la discapacidad se centra en las mujeres como usuarias de la salud. Se tienen en cuenta las barreras institucionales, sociales y culturales con las que se enfrentan las mujeres sordas. Tomando en cuenta la diferencia entre deficiencia como condicionamiento biológico y discapacidad como condicionamiento social, se comprende la discapacidad más allá de lo biológico, colocando el acento en los factores del contexto social, que habilitan o constriñen la participación y la igualdad de derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva.

A partir de lo que plantea el modelo social de discapacidad, es necesario realizar la diferenciación que algunos autores establecen, entre los conceptos de deficiencia y discapacidad; entendiendo al primero en términos meramente biológicos u organicistas y la

segunda como condicionamiento dado por las barreras sociales (Kipen y Vallejos, 2009, p. 2007). En este sentido:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006, p. 1)

1.3.2 Personas sordas: lengua de señas y reivindicaciones:

“Los procesos de inferiorización, discriminación y fragilización operan como naturalizaciones; son en tal sentido invisibles sociales. En rigor, no son invisibles, sino que están invisibilizados; a estos procesos se los ha denominado violencia invisible.”(Fernández, 2006, p. 2)

El cuerpo de las personas sordas (en especial el de las mujeres) ha sido históricamente intervenido desde una visión biologicista de tratamiento, reparación, cura y rehabilitación.

En este contexto, Benvenuto (2004) explica la importancia del lenguaje para el ser humano en nuestras sociedades, es por esto que la lengua de señas como símbolo de reconocimiento de la cultura sorda constituye un elemento esencial para dejar atrás las miradas “reparadoras” de estos sujetos.

La sordera, desde una perspectiva cultural, es comprendida como una relación visual al mundo a través de la lengua de señas. Este reconocimiento fue producto de procesos colectivos de lucha por parte de estos sujetos: “los sordos, otrora declarados incapaces, monstruos o bestias, muestran sus capacidades. Una nueva configuración de la escena, más igualitaria, comienza a ver el día” (Benvenuto, 2004, p. 10). La autora Garay comprende que las personas sordas hacen historia creando un entorno de socialización y espacio para la lucha, reivindicando la idea de:

(...) desplazar la acción histórica hacia una concepción posible y deseable de un cuerpo normalizado desde la sordera, un cuerpo que sin ser intervenido tenga una connotación viable de interlocución, en una sociedad abierta a ver, pensar y comunicar en diferentes lenguas el significado de la existencia. (Garay, 2013, p. 97)

Benvenuto relata en sus trabajos (2004 y 2006) cómo en las épocas que anteceden al siglo XX, se consolidaron dispositivos de exclusión y “corrección” hacia las personas sordas bajo distintos mecanismos de disciplinamiento: la colocación de implantes cocleares, prótesis auditivas y la imposición de técnicas de oralización y lectura labial. Se incluyen las formas de nombrar: “sordomudo” es una denominación que prevalece hasta la actualidad, lo que denota una centralidad hegemónica de la oralidad como lengua. Existe un antecedente importante para la reivindicación de estos sujetos: en el siglo XVIII Abbé de l’Epée fue el pionero en reconocer la lengua de señas y de su utilización en centros educativos de sordos.

En Estados Unidos la lengua de señas comienza a ser legitimada luego de los años sesenta. En 1970, surge un movimiento de protesta y de reivindicación del derecho a la lengua de señas. En Francia este movimiento se conoce con el nombre de «el despertar sordo» y se afirmó en el espacio público, con la reacción a cien años de la prohibición de la lengua de señas. Según explica Benvenuto (2006), dos discursos contrapuestos han organizado a las personas sordas y continúan haciéndolo aún, uno es afín al modelo médico y el otro al modelo social. El primero plantea el discurso de la deficiencia, de naturaleza médicopedagógica, centrado en la “falla” de la oreja y la enseñanza de la palabra oral (que se construyó en el siglo XIX). El segundo plantea el discurso socio-antropológico de la diferencia, centrado en la lengua de señas y la cultura sorda, que comenzó a constituirse en el siglo XIX y conoció un nuevo impulso en la segunda mitad del siglo XX. (Benvenuto, 2006, p. 11)

Las luchas por los derechos de las personas sordas en Uruguay se dan a fines de los 80’ de la mano de dos asociaciones: la Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR) y el Centro de Investigación para la Persona Sorda (CINDE). Las mismas logran la promulgación en 2001, de la ley 17.378 de reconocimiento de la Lenguas de Señas Uruguayas. (Galiffet et. al., 2017, p.15)

Siguiendo a Pelusso (2011), en Uruguay la lengua de señas es la lengua materna de las personas sordas y su segunda lengua es el idioma español, el cual es utilizado de manera escrita. Por tanto, el bilingüismo fue considerado un aspecto crucial en la ampliación de derechos. En nuestro país, la educación bilingüe universal y pública surge en 1987, pero recién en 2003 la presencia de intérpretes llegan a la Universidad de la República.

1.4. Interseccionalidad

“Ser mujer con discapacidad marca una trayectoria de doble discriminación, como mujer y como discapacitada, y añade barreras que dificultan el ejercicio de derechos y responsabilidades como personas, la plena participación social y la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales. La discriminación de género, añadida a la discapacidad, margina doblemente a esta parte del colectivo.” (Soler et. al., 2008, p. 2)

Reafirmando las perspectivas teóricas que se vienen desarrollando, es de suponer que las dificultades afrontadas por mujeres en situación de discapacidad, experimentan una acumulación de opresiones que no se pueden analizar separándolas entre sí. En efecto, interesa introducir el concepto de interseccionalidad, el cual fue adoptado en los años 70’ por movimientos feministas de mujeres afrodescendientes como Ángela Davis y las feministas socialistas europeas, quienes han visualizado las distintas desigualdades de clase, sexo y raza y sus interconexiones. (González, 2010, p. 13). El concepto refiere a:

“(…) las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio” (AWID, 2004, p. 1).

Las personas con discapacidad pertenecen a una población tradicionalmente discriminada, incluso a diferencia del resto de las minorías excluidas (González, 2010, p. 2). Las mujeres con discapacidad son doblemente invisibilizadas, ya que su reconocimiento como mujer dejando de lado la discapacidad, en muchas ocasiones no se encuentra presente. Si se piensa en los roles que se asignan a las mujeres en nuestras sociedades, todas se ven discriminadas en algún aspecto. Ahora bien, las mujeres que se corresponden con estereotipos socialmente respaldados por los sistemas de opresión, no experimentan las mismas desigualdades que las mujeres con discapacidad, consideradas muchas veces “incapaces” de ser personas autónomas, madres, o viéndose imposibilitadas a decidir sobre su propio cuerpo. (González, 2010, p. 8).

A partir de estas consideraciones, se pretende incorporar una mirada interseccional pensando en las desigualdades que viven las mujeres sordas en el ámbito de atención al parto y embarazo. Esto implica reconocer que no todas las mujeres experimentan, viven y sufren las mismas opresiones. (González, 2010, p. 14)

En lo formal, dentro del campo de la salud, la ley 18.335 (2008) sobre los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud plantea que todos los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Uno de los aspectos que se abordará en el presente trabajo es conocer si estas formalidades están siendo efectuadas en el ámbito de la asistencia médica al embarazo y el parto, considerando las especificidades de las mujeres sordas.

CAPITULO 2. Análisis de entrevistas

2. 1. Aportes de las técnicas de la Unidad de Salud para Personas Sordas a las experiencias de las mujeres sordas.

En este capítulo se analizarán simultáneamente las dos entrevistas a las técnicas (trabajadora social y psicóloga), incorporando aportes de las mujeres sordas que fueron protagonistas de la monografía.

2. 1. 1. Unidad de Salud Para Personas Sordas.

Las historias contadas en este trabajo por las mujeres sordas muestran las distintas barreras que enfrentan en las consultas médicas. En sus relatos se visualizan críticas al modelo de atención al parto, y se identifican omisiones en el cumplimiento de los derechos reproductivos.

En este trabajo, la problematización de la atención a la salud reproductiva se nutre de las luchas de movimientos de las personas sordas y evidencia las limitaciones que impone a los sordos una sociedad creada para los oyentes:

(...) el movimiento (...) de sordos permitió dar una mirada diferente sobre la singularidad. Sin embargo, este movimiento no se ha dado de forma lineal y ha dependido de las maneras que los oyentes se han posicionado respecto a su propia lengua y cultura. (Benvenuto, 2004, p. 4)

En nuestro país estos movimientos sociales lograron la creación de una Unidad de Salud para Personas Sordas en el año 2012, siendo la primera USS en América Latina. La psicóloga y la trabajadora social entrevistadas, fueron las técnicas referentes desde que se inauguró la Unidad.

Funciona principalmente en la Politécnica “Tiraparé” y otras policlínicas de Montevideo (Misurraco, Claveux y Cerro), bajo la órbita de ASSE, Pronadis y FENASUR. Se contrataron distintos técnicos que colaboran con la atención integral e inclusión de las personas sordas en el campo de la salud. Además de la psicóloga y la trabajadora social se contrataron dos mediadores, una médica y cuatro intérpretes de LSU.

Al ser el mediador una persona sorda que habla LSU, el acercamiento cultural es aún mayor: “el mediador es el que nos va como a habilitar y entender a esa persona (...) poder transmitirle lo que nosotros queremos también que sepa” (E. 1, psicóloga). La importancia de que estos profesionales se encuentren en esta Unidad radica en la mayor posibilidad de eliminar las barreras comunicacionales entre el usuario y el personal médico: “La lengua

de señas es practicada por un número importante de oyentes pero, para los oyentes, expresarse en lengua de señas es una de las posibilidades del bilingüismo lengua de señas/lengua oral” (Benvenuto, 2006, p. 11).

Por ejemplo, la intervención de intérpretes de LSU permite que la persona sorda que sabe LSU no tenga que ir siempre acompañado por un oyente a las consultas: “el sordo puede ir solo a odontología, solo a ginecología, y a todas las especialidades que hay ese día, y va con un intérprete” (E. 1, psicóloga)

Tanto la trabajadora social como la psicóloga, explican que en el año 2017 dejó de participar del proyecto FENASUR y Pronadis, por lo que gran parte de los técnicos fueron despedidos y se reduce la carga horaria de los intérpretes de LSU. Actualmente en la Unidad trabaja una mediadora, dos intérpretes, una médica y una psicóloga. La atención a personas sordas funciona de manera intermitente y la accesibilidad a ciertos técnicos es limitada.

Todos los técnicos de la USS son hablantes de LSU y con experiencia en el trabajo con personas sordas. Como explican las entrevistadas, la USS: “brinda un servicio de Atención Integral, que se destaca y caracteriza por un equipo bilingüe, bi-cultural, con integrantes sordos y oyentes” (Ortega et. al., 2012, p. 7)

2. 1. 2. La comunicación como barrera de acceso a la salud

En cuanto al reconocimiento de la lengua hablante de las personas sordas, la USS prioriza la LSU como lengua materna. Entiende que el idioma español no es aprendido por las personas sordas de manera completa debido a las barreras comunicacionales.

Peluso (2011) plantea al respecto que:

(...) no se han logrado encontrar aún los eslabones perdidos que existen entre la oralidad de la LSU y la escritura de español, eslabones que es preciso encontrar si se quieren instrumentar metodologías de enseñanza de lengua que permitan un cabal acceso de los sordos a la escritura. (Peluso, 2011, p. 3)

Una de las mujeres sordas entrevistadas comenta:

(...) la persona sorda habla otro idioma (...) una lengua que es suya propia, y muchos no entienden el idioma español (...) si es verdad, terminan la escuela, terminan el liceo, pero (...) teniendo una carencia muy grande en cuanto al idioma español (...). Entonces hay mucha información que no les llega. (E. 4, Magdalena).

La trabajadora social plantea que el único centro de salud que tiene contratado intérprete de LSU es la USS:

Ningún sistema de salud salvo la Unidad de Salud para personas sordas tiene intérpretes de lengua de señas. (...) Ningún prestador de salud, ni público ni privado

tiene contratado en su planilla intérpretes de lengua de señas. Por lo general, eso es pago por el sordo. (E. 2, trabajadora social).

Selena, una de las sordas entrevistadas comenta: “en los privados tenés que llevar vos al intérprete. Solo en Tiraparé hay intérpretes durante todo el día de atención al público y también estoy yo que soy mediadora” (E. 5, Selena)

La trabajadora social entrevistada agrega al respecto: “El intérprete y el mediador son puentes para que la comunicación se dé de forma real. Porque a veces puede estar el intérprete pero la información (...) no llega fehacientemente, no llega correctamente”. (E. 2, trabajadora social).

Destacan la importancia de la figura de técnicos como el mediador y el intérprete de LSU, para lograr una comunicación favorable entre el oyente y el sordo.

2. 1. 3. Condiciones institucionales en la atención a mujeres sordas.

Para plantear los avances que ha logrado la USS en la población sorda, las técnicas entrevistadas destacan las experiencias previas de algunas mujeres sordas al llegar a la Unidad. Como se ha visto en este trabajo, las características de las mujeres sordas no son tomadas en cuenta en el ámbito de la salud: “(...) las mujeres con discapacidad han estado ausentes de las agendas de cooperación internacional en Latinoamérica así como en los marcos políticos y legislativos de los Estados”. (González, 2010, p. 2).

Las desigualdades sociales que vivencian las mujeres sordas no siempre son consideradas en el ámbito político: “dentro de una perspectiva de interseccionalidad política, las estrategias dirigidas para actuar frente a los efectos de las desigualdades no han contemplado las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad (...)”. (González, 2010, p. 2)

Existen diversas formas de ejercer violencia institucional hacia poblaciones vulnerables. Las formas de ejercerla a nivel de atención sanitaria en procesos reproductivos, contiene particularidades que afectan aún más a las mujeres sordas.

El aspecto comunicacional es una de las principales barreras. La trabajadora social entrevistada destaca que esta es una de las grandes falencias que el sistema de salud aun no salda. Da cuenta de este tipo de violencia citando una frase de la médica de la USS, que desde una mirada crítica al sistema de salud, mencionaba la existencia de una “atención veterinaria”:

Significa: vos atendés a alguien sin que esa otra persona te pueda decir que le pasa, sin que te pueda dar su consentimiento (...) hay una barrera lingüística (...) no pone ni un intérprete (...) el sistema de salud no identifica (...) la necesidad de comunicación en una entrevista médica o en una entrevista de salud. (E. 2, trabajadora social).

Otro de los asuntos mencionados por las técnicas entrevistadas es que la concurrencia a clases de parto y el acceso a la atención al embarazo es poco común en la mayoría de las mujeres sordas:

- “Llegan muy pocas sordas embarazadas. (...) a la Unidad a controlarse (...) desde el embarazo (...) que hagan un seguimiento del embarazo” (E. 1, psicóloga).

- “te encontrabas mujeres sordas, o que no se habían controlado o que si se habían controlado no tenían ni idea de lo que se les había hecho (...) la información se le daba a la persona oyente que las acompañaba y ellas no tenían idea (...) lo que pasaba (...) iban al parto y en realidad no sabían (...) qué era lo que iba a pasar (...) qué es lo que era una contracción” (E. 1, psicóloga).

La psicóloga explica las situaciones de algunas mujeres sordas antes de concurrir a la USS:

“la mayoría de los partos (...) terminaban en cesáreas (...) la comunicación era muy difícil (...) en un momento en que la mujer si no está bien contenida, si no está bien informada, es en ocasiones muy fácil (...) sentirse mal (...) perdés como el control de la situación” (E. 1, psicóloga)

El saber médico que incorpora la hegemonía del mundo oyente, ha negado a las mujeres sordas el acceso a la información sobre su salud reproductiva, generando en ellas un desconocimiento sobre su propio cuerpo.

La trabajadora social entrevistada plantea que “no hay información específica más allá de la construida por la Unidad para (...) mujeres sordas embarazadas” (E. 2, trabajadora social).

La entrevistada Magdalena, plantea un claro ejemplo que da cuenta de la falta de información en salud reproductiva debido a las situaciones de discriminación e invisibilidad por parte del personal de la salud:

“Acá en Uruguay (...) el 80% de las mujeres con discapacidad no van nunca más al ginecólogo, van una vez y nunca más vuelven a ir al ginecólogo, porque las experiencias son malas. Entonces imaginate la atención al parto” (E. 4, Magdalena).

La ausencia de concurrencia debido a las barreras de comunicación y de información en salud reproductiva, intensifica la violencia. En la intersección del tema de la asistencia reproductiva con la discapacidad, aparecen desigualdades a tener en cuenta:

(...) nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas están inexorablemente vinculadas a los demás. (AWID, 2004, p.2)

2. 1. 4. Intervenciones sobre el cuerpo de las mujeres sordas

La invasión y exceso de intervención hacia el cuerpo de las mujeres sordas aumenta con las barreras comunicacionales. Es posible identificar estos procedimientos siguiendo a Magnone:

“(...) se fue generando un modelo de asistencia que casi no considera a la mujer embarazada como un sujeto con voz, con conocimiento de sí y capaz de aportar en las decisiones que se toman en el parto”. (Magnone, 2017, p. 10)

Los derechos reproductivos son vulnerados cuando no se respetan procesos del cuerpo y se lo invade sin comunicarle a la mujer las intervenciones. La capacidad de las mujeres sordas de tomar decisiones sobre su cuerpo se ve limitada por el personal médico. En las palabras de la trabajadora social entrevistada:

(...) son miles de situaciones que se presentan para la mujer, desde el momento de parir (...) la vulneración del cuerpo (...), sin un claro consentimiento porque la mujer sorda es como que se deja, porque a ver, nadie viene y me explica a través de un intérprete (...). (E. 2, trabajadora social).

Desde el modelo médico de discapacidad y por medio del proceso de medicalización, el cuerpo de la mujer sorda es patologizado. La ausencia de información y el desconocimiento de las intervenciones, representa para la mujer con discapacidad una forma de violencia que la mantiene vulnerable. En un contexto donde el médico parece no tener en cuenta la autonomía y la decisión de la usuaria, Magnone plantea: “(...) en la lógica del control del embarazo, se va imponiendo la exclusividad de la opinión médica, desde el simple hecho de no preguntar a las mujeres cómo se sienten (...)” (Magnone, 2017, p. 10). Cuando la trabajadora social entrevistada plantea que “la mujer sorda se deja” porque no comprende lo que sucede, cuestiona el modelo medicalizador, planteando la subordinación de la mujer ante el saber médico.

El acceso a los derechos sexuales y reproductivos se encuentra ausente para muchas mujeres sordas. Las barreras comunicacionales las colocan en situación desigual con respecto a las oyentes. La psicóloga señala los sentimientos de las mujeres en estas situaciones: “el miedo, el desconocimiento, la desinformación (...) porque no era que no estaban acompañadas, pero en general a veces el que acompañaba tampoco estaba informado o no sabía cómo comunicarle la información” (E. 1, psicóloga).

Dos de las mujeres sordas entrevistadas muestran que por tales motivos, las personas sordas poseen escasos conocimientos acerca de su propio cuerpo:

- “hay muchas cosas que el sordo desconoce, por no poder comunicarse y no poder informarse como lo hace un oyente” (E. 5, Selena)
- “no solamente me pierdo información sino que a veces puedo hasta confundir información, entender una cosa por otra” (E. 4, Magdalena)

La supremacía cultural que deposita las acciones en manos del saber médico, produce intervenciones en favor de los tiempos médicos sin tomar en cuenta a la mujer que va a parir. (Sadler, 2003, p. 11). Como se ha planteado siguiendo los conceptos de Barran (1992) las prácticas de atención en la salud facilitan el trabajo del médico. En efecto, se realizan intervenciones que invisibilizan las necesidades de las mujeres.

Si bien la vivencia del parto puede producir miedos a todas las mujeres, las dificultades en el acceso a la información y comunicación sobre lo que sucede con el cuerpo, y las barreras de comunicación, aumentan las incertidumbres en las mujeres sordas. La psicóloga expresa:

(...) para la oyente también es como muy difícil si no hubo una preparación previa. Para la sorda que no tuvo nada de información (...) si bien es real que la mujer está preparada para el parto, nuestro cuerpo es sabio, naturalmente está preparado para el parto, también es real que es importante informarse y saber lo que va a pasar. Sino es sumamente violento. Los dolores, los cambios que tenés, lo que va pasando, y bueno, ni te digo si se complica. Si se complica, bueno, aún peor. (E. 1, psicóloga)

Si se toma en cuenta la carencia de empatía y la falta de información que las mujeres pueden tener acerca de estos procesos, esto se ve aumentado en las mujeres sordas debido a la barrera comunicacional. El modelo médico de ver la discapacidad posee una inexistencia de visión de la sexualidad de las mujeres sordas. Plantea la entrevistada Magdalena: “eso como uno de los principales puntos pero las mujeres en general tienen el tema de que se las infantiliza, se las...nos ven asexuadas, nos ven incapaces” (E. 4, Magdalena).

Respecto al tema de la sexualidad en mujeres sordas, la psicóloga agrega que: “con el tema de la sexualidad desde su familia (...) tampoco jamás le habían comunicado que era lo que era tener relaciones sexuales, cómo cuidarse (...) no solo un embarazo, enfermedades de transmisión sexual” (E. 1, psicóloga)

En este sentido, Maria Domínguez y demás autoras destacan en su artículo la importancia de los espacios de encuentro de mujeres con discapacidad, donde las mismas debaten y hacen visibles sus derechos sexuales y reproductivos: “(...) antes que considerarse personas con discapacidad, ellas reivindican sus derechos en cuanto mujeres. Por eso la consigna “¡Yo también soy Mujer!” elaborada por las mismas participantes” (Domínguez, 2011, p. 10).

El tema de los derechos sexuales y reproductivos se asocia a la autonomía y es una garantía de protección para la mujer. La invasión sobre el cuerpo y la falta de consideración de la mujer sorda con una vida sexual activa, establece la mirada excluyente del modelo médico. Espinosa y Paredes (2004) plantean acerca de la definición de derechos sexuales y reproductivos:

Implica el derecho a la información y el acceso a métodos anticonceptivos seguros, a la planificación familiar y a recibir servicios adecuados de atención durante el embarazo y el parto. La salud reproductiva no sólo incluye el asesoramiento en materia de reproducción, sino también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. (Espinosa y Paredes, 2004, p. 129)

2. 1. 5. Violencia obstétrica en la asistencia a mujeres sordas

La toma de decisiones de las mujeres sordas sobre su vida reproductiva se ve limitada y ocasiona distintas formas de violencia obstétrica. Belli (2013) expresa esta clase de violencia como: “(...) el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto” (Belli, 2013, p. 28).

Un claro ejemplo fue identificado por las entrevistadas. Las mismas relataron la experiencia de una mujer sorda que luego de su parto por cesárea, ligaron sus Trompas de Falopio sin su claro consentimiento:

- “(...) en una justo de estas situaciones que la mujer dijo que no (...) le ligaron las trompas sin autorización (...) en realidad con autorización de un familiar (...) Ella dice que se le comunicó, la familia dice que se le comunicó, pero claro ella no entendió porque la familia no manejaba la lengua de señas, y como pudo quisieron decirle que le iban a ligar las trompas pero (...) ella nunca entendió” (E. 1, psicóloga)
- “(...) un gran error que fue una ligadura de trompas a una mujer sin el real consentimiento” (E. 2, trabajadora social).
- “(...) porque su madre no quería que ella tuviera más hijos, dijo “yo no quiero más nietos” y ella firmó porque la madre lo había autorizado, pero ella no entendió lo que le habían hecho. Se enteró cuando quiso tener más hijos, y le dijeron que no podía porque le habían atado las trompas” (E. 5, Selena).

Por una parte, los derechos reproductivos de esta mujer fueron vulnerados partiendo de la falta de consideración de su consentimiento por parte del equipo médico. En lugar de garantizar la aprobación de la mujer sorda acerca de la intervención, se consultó a su

familia quien hizo que la mujer firmara. La ley 18.426, en su tercer artículo plantea: “incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente” (Ley 18.426, Uruguay). Al respecto de los consentimientos informados, la trabajadora social entrevistada expresa que los consentimientos en las personas sordas deben realizarse en la lengua que se adecúe mejor a la persona:

Los consentimientos se tienen que realizar en la lengua materna de la persona. El consentimiento, estamos hablando de personas sordas, (...) se tiene que hacer en lengua de señas, si la persona sabe lengua de señas. Sino se tiene que usar un mediador. (E. 2, trabajadora social).

De acuerdo con la trabajadora social, un aspecto sustancial es la postura ética del profesional que debe hacer que la persona comprenda lo que va a firmar, haciendo valer sus derechos:

No estamos en igualdad de condiciones cuando estamos ante una situación de firmar un consentimiento de algo. Y más cuando estamos hablando de personas en situación de discapacidad, (...) él tiene que hacer que esa situación sea entendida por el paciente. Ahí si hay una obligatoriedad (...) ética, profesional. (E. 2, trabajadora social)

Sin embargo, el accionar médico dispone bajo su poder la toma de las decisiones por más privadas y personales que estas deban ser. Acerca de la relación de poder vinculada a la firma de un consentimiento, la trabajadora social entrevistada plantea:

- “(...) hay una relación de desventaja y una relación de poder porque el técnico es el que tiene que identificar esas cuestiones, no es la persona.” (E. 2, trabajadora social).

Por otra parte, se visualiza la legitimidad incuestionable de las prácticas médicas por parte de la usuaria, pero también de su entorno familiar.

Como también se verá en la entrevista a Selena, la aprobación de la familia se da sin acudir a la voz de la propia protagonista. La trabajadora social entrevistada destaca la importancia de la mirada del técnico sobre las personas en situación de discapacidad:

Por lo general (...) encontramos profesionales que identifican a la discapacidad como una cuestión (...) de un sujeto disminuido intelectualmente, de un sujeto que no tiene ni voz ni voto, de un sujeto que tiene que ser otro el que habla. Entonces por lo general no toman en cuenta la opinión de él (...) siempre preguntan por otro. (E. 2, trabajadora social).

2. 1. 6. Importancia de un modelo de salud que respete los derechos de las mujeres sordas

A partir del reconocimiento de las necesidades de autonomía e información que tienen las mujeres sordas, la USS crea espacios para que la atención en salud reproductiva genere

un cambio significativo para las mujeres sordas. En este sentido las técnicas destacan la importancia de la USS:

- “hacer visible una situación de salud...que estaba absolutamente invisibilizada (...) En específico (...) de mujeres madres, sordas, embarazadas (...) logramos visibilizar una situación muy cruda. Principalmente en lo que tiene que ver con la falta de atención en cuanto al asesoramiento.” (E. 2, trabajadora social).

Retomando lo expuesto en el subcapítulo de condiciones institucionales, con la creación de la USS se generaron cambios en situaciones de vida de las mujeres sordas:

- Lo que se empezó también como hace dos años atrás, fue como a tener como preparaciones para el parto (...) lo que son las clases de parto, del oyente que el sordo nunca accedió, (...) con nutricionista, con (...) ejercicios para embarazada, que facilite aliviar el dolor desde al momento de las contracciones. Con trabajo social (...) las cosas que tienen que acceder, que tiene que presentar, como sacar la fecha para las Asignaciones Familiares. (E. 1, psicóloga).

-Van a Tiraparé y el control del embarazo ya es como un trámite, ¿no?. Acceden al ginecólogo (...) tienen la posibilidad de ir solas, no es que tienen que depender de un oyente que las acompañe (...) El control del parto se hace en lengua de señas entonces eso también cambia mucho, ya van con otra información (...)” ¿por qué me hago este estudio”? (...). (E. 1, psicóloga).

La creación de servicios de atención reproductiva que aboguen por los derechos de las usuarias sordas dignifica a estas mujeres, defiende sus libertades y las reconoce como sujetos de derechos, favoreciendo, respetando y ejerciendo sus derechos reproductivos:

(...) el acceso a servicios de salud debe ser visto a partir de la atención digna a los procesos de reproducción (...) la salud reproductiva se definió como un estado de bienestar físico, mental y social (...), en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones (Espinosa y Paredes, 2004, p. 129).

Otro de los aspectos que se identifican en las entrevistas a las técnicas, es la importancia de los técnicos que se sitúan fuera del campo médico. Además del mediador y el intérprete de LSU, la psicóloga entrevistada destaca que la participación de las doulas como acompañantes terapéuticas en el momento del parto, disminuyendo el estrés de la mujer sorda.

Para ellas, en primer lugar es importante que se permita la presencia de algún/a no especialista durante el parto, pues la presencia de una figura no médica reduce sus sentimientos de soledad y ansiedad, y las conecta con las esferas cotidianas de sus vidas. (...) los sentimientos de angustia disminuyen y se sienten más confiadas y seguras. (Sadler, 2003: 15)

2.2 Entrevistas a mujeres sordas

Cabe destacar que los verdaderos nombres de las mujeres fueron preservados para este trabajo, creándose nombres ficticios. Además, se realiza el análisis de las tres entrevistas por separado, buscando dar voz a cada experiencia y lograr identificar a cada mujer desde la particularidad de su historia de vida.

2.2.1 Entrevista a Magdalena

Magdalena es una persona sorda, con solo un 5% de audición. Durante toda su vida se comunicó con las personas oyentes por medio de la lectura labial y de la oralización de sus palabras, al punto que no es tan fácil darse cuenta (para un oyente) de su sordera al oír sus palabras. Hace seis años se unió a la comunidad sorda y aprendió a hablar en LSU. Logró aprender en cuatro meses la lengua de manera tal que ingresó (con tres años exonerados) a los cursos de docente en LSU. Magdalena concibe a la LSU como “puente comunicacional” entre ambos idiomas (LSU- español).

Se caracteriza por la lucha contra situaciones de injusticia en la sociedad hacia personas con discapacidad. Manifiesta que las personas sordas no acceden a la misma información que las personas oyentes. Es por eso que siente la necesidad de trabajar con comunidades de personas con discapacidad reivindicando sus derechos.

Integró la CD de su sindicato laboral y la SND del Pit-CNT, reivindicando derechos para personas en situación de discapacidad: la inserción social demandando una Ley de empleo para la mejora de calidad de vida de estas personas. Integra un colectivo llamado “mujeres y discapacidad”, adherido al grupo “intersocial feminista” en lucha por los derechos de las mujeres con discapacidad en temas de acceso a la salud, la toma de decisiones de las mujeres en el parto, al parto respetado y la educación sexual y reproductiva en general.

Sobre estas luchas, reflexiona que: “se violenta mucho más a las mujeres en situación de discapacidad en el momento del parto, que a las mujeres en general” (E. 4, Magdalena). Estas cuestiones llevaron a que Magdalena estudie para ser doula. Creó una seña para que las personas sordas identifiquen y conozcan la importancia del acompañamiento de una doula en el embarazo. Busca que accedan a la información necesaria en el embarazo y estén preparadas para el parto debido a que las clases de parto no son accesibles para las mujeres sordas. Su próximo objetivo es dar talleres para que las doulas aprendan LSU y acompañen a las mujeres sordas.

Magdalena es madre de un joven de 14 años y una niña de 8 años. Ambos nacieron en el hospital SMI. La última vez que dio a luz elaboró de un plan de parto que contenía todos los conocimientos e información adquirida sobre los procedimientos de embarazo y parto, exigiendo a los médicos que se tengan en cuenta sus deseos al momento de parir.

2.2.1.1. Impedimentos en el plan de parto de Magdalena.

En los relatos de sus experiencias en la atención a sus embarazos y partos, se centró en las situaciones de violencia obstétrica que pudo identificar debido al conocimiento que posee en derechos sexuales y reproductivos, identificando las especificidades que vivió como mujer sorda.

Retomando lo dicho en el marco teórico, la violencia obstétrica es engendrada por el proceso de medicalización: “(...) a mayor medicalización del proceso del parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el proceso” (Sadler, 2003, p.3).

El primer aspecto que destaca Magdalena es no haber podido llevar a cabo su plan de parto tal como lo había solicitado, una de las razones fue haber sido atendida por un médico que no fue el mismo que la atendió durante el embarazo.

“Desde el momento en que la mujer ingresa al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarla de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que pueda ejercer, incluso de su propio cuerpo”. (Sadler, 2003, p. 6)

La solicitud de Magdalena de que el personal se quite el tapabocas durante el parto, fue desestimada:

Yo entiendo que es un tema de cuidado el tema del tapaboca, pero también es un tema de que la persona pueda estar tranquila y entender qué es lo que se le está comunicando, en mi caso que soy sorda es imposible ¿entendés? (...) sí o sí me tenía que comunicar por lectura labial. Con mi esposo también, le habían puesto el tapabocas (...) entonces ¿cómo hacía para comunicarme?, imposible. (E. 4, Magdalena).

Este aspecto es identificado por las personas sordas como una de las situaciones que no son tenidas en cuenta por el personal de la salud en la atención a personas sordas, especialmente en situaciones de vulnerabilidad en el proceso de parto. La Trabajadora Social entrevistada menciona al respecto: “dejarse los tapabocas y la mujer no tener absolutamente ni idea que está pasando. Y parir, y el niño sale y se lo llevan y ella no se entera de absolutamente nada” (E. 2, trabajadora social).

El colectivo médico destaca sus saberes priorizando su comodidad al momento de trabajar en el parto. Magdalena quería parir en cuclillas ya que entiende que la comodidad debe ser de la madre que está pariendo. Plantea que el médico se negó por no querer estar en el piso. Como el pedido fue negado, la alternativa de Magdalena fue parir sentada en la camilla y

no acostada. Cuando llegó a la sala de parto, la camilla se encontraba acostada: “Entonces con ganas de pujar, y a los gritos diciendo que me sentara en la cama, porque no quería parir acostada...y el médico tratando de tranquilizarme (...) yo empecé a los gritos que no me quería pasar a la camilla si no estaba sentada” (E. 4, Magdalena).

En cuanto al sistema social que coloca en el saber médico todo el conocimiento, Magdalena narra que se negó a que le hicieran una episiotomía en el parto, dándose otra vez una negación de su pedido. El médico pretende ponerle anestesia “por las dudas”, por lo que Magdalena solicitó nuevamente que no quería realizarse esa intervención y por lo tanto “no puede haber dudas”.

A nivel formal, la ley 18.426 que regula los DSR, establece en relación al parto: “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” (Ley 18.426, Uruguay)

Belli (2013) menciona que en el contexto de la atención al embarazo y parto, se expresa mayoritariamente un tipo de violencia deshumanizante hacia la mujer embarazada. La voluntad de la mujer no se toma en cuenta. Magdalena en su relato expone otras situaciones donde experimentó violencia obstétrica:

Me pasaba que el doctor no quería la misoprostol, y bueno cuando discutimos...al final le dije que era mi derecho de elegir (...) que yo no tenía ninguna condición física que impidiera que no hiciera el proceso del misoprostol (...) se fue enojado, volvió y me dijo que me ponía misoprostol pero que si sabia que no me iba a poder levantar a caminar ¿entendés?. (...) Otra vez se volvió a ir enojado, (...) empezaron las contracciones, y me dijo que me ponía dos veces misoprostol y ese era el máximo. (E. 4, Magdalena).

En este relato se visualiza la culpabilización de las mujeres que quieren tomar decisiones sobre su cuerpo por fuera de los mandatos médicos, Belli menciona al respecto: “la patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces, especialmente aquellas que desafían esta mirada científicista”. (Belli, 2013, p. 28).

2.2.1.2. Invasión al cuerpo y falta de consentimientos.

Durante el segundo trabajo de parto, Magdalena sintió que el ambiente previo al parto no era adecuado debido a la cantidad de gente que había en la sala que compartía con otra mujer. Además, sintió que la frecuencia de los tactos vaginales fue excesiva, Magdalena comenta que sabía que estaba haciendo bien el proceso de dilatación por lo que no eran necesario que le hicieran tacto tan seguido. La estrategia que encontró para dejar de

sentirse violentada por tales situaciones fue quedarse en el baño de la habitación junto a su pareja: “ la única escapatoria que le vi fue irme al baño (...) empecé a ducharme, el agua afloja mucho la tensión (...) el doctor venía y preguntaba donde esta (...) estaba como enojado el médico por eso pero ta. Cuando al final decidí salir ya tenía nueve y medio de dilatación, esa fue la última vez que me hizo tacto” (E. 4, Magdalena)

Wolff y Waldow describen el malestar que genera para la mujer el tacto vaginal así como la limitación al proceso natural del parto: “la realización de tactos vaginales con mayor frecuencia y por varios profesionales, en intervalos de tiempo pequeños, perjudica la evolución fisiológica del trabajo de parto y el parto, causando malestar y edema de vulva” (Wolff y Waldow, 2008: 10)

Magdalena destaca otras situaciones que percibió como violentas al momento del parto. Antes de ingresar a la sala, el médico le propuso pinchar la bolsa para que pueda pujar. Magdalena pidió que solo pinche la bolsa pero que no la corte, por lo que plantea que no fue respetada tal decisión y se la cortó. Nuevamente se visualiza la falta de consideración al consentimiento de la mujer.

El artículo 51 de la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” de Venezuela establece que uno de los actos constitutivos de violencia obstétrica implica: “Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (Faneite et. al., 2012, p. 7)

El control del médico sobre los procesos del cuerpo de las mujeres es evidente en las situaciones relatadas por Magdalena. Esto sumado a la culpa y responsabilidad de quienes van a parir, en caso de no obedecer lo que se les indica: “a las mujeres se las hace sentir responsables del curso de los eventos, en términos de que si no acatan la normatividad médica, pueden alterar el curso normal de los procesos e interferir causando problemas” (Sadler, 2003, p. 24)

2.2.1.3. Acciones médicas que dificultan el proceso natural del parto.

Como explica Sadler (2003), las acciones médicas en el parto y el parto se caracterizan por el intentar hacer la mayor parte de las intervenciones en el menor tiempo posible, dejando de lado las necesidades, sentimientos y deseos de la mujer que va a dar a luz, sin dejar que estos procesos se desarrollen a su ritmo natural. En este sentido, todo acontecimiento ocurrido dentro del hospital con la mujer que va a parir es objeto de intervención médica: “el dolor se alivia con medicamentos, la ansiedad con sedantes, las contracciones son químicamente estimuladas si son lentas y desaceleradas si son muy

fuertes, y el/la bebé nace frecuentemente con ayuda de instrumental médico o mediante cirugía.” (Sadler, 2003, p. 11).

Estas prácticas producen consecuencias en el estado de ánimo de la mujer, pudiendo perjudicar el curso del trabajo de parto. A Magdalena se le detuvieron las contracciones y las ganas de pujar cuando comenzó con discusiones con el médico acerca de la episiotomía. Sumado a esto, se daban constantes comentarios machistas señalados por la protagonista; el médico solicitaba a la pareja de Magdalena que la “tranquilice”. Al respecto Wolff y Waldow refieren: “los profesionales deben tratar a las mujeres con respeto y privacidad para no causar molestias e inhibiciones, y así, contribuir a la evolución del trabajo de parto y el parto, evitando dificultarlo.” (Wolff y Waldow, 2008, p. 9). Señala que el médico usualmente no se comunicaba con ella sino a través de su esposo: “La persona que iba a parir era yo pero le hablaban a mi esposo como si yo no existiera (...) ¡tranquilizame a mí, hablame a mí, que yo soy la que va a parir no mi esposo!” (E. 4, Magdalena).

La psicóloga entrevistada sintetiza este aspecto destacando la invisibilidad de las personas sordas para el campo médico: “siempre dicen de que ellos son fantasmas ¿no?. Nunca se les habla a ellos sino que siempre es al oyente” (E. 1, psicóloga). Al respecto de este punto, la Trabajadora Social entrevistada comenta que en el campo de la salud, la persona sorda generalmente no es tomada en cuenta para la comunicación y siempre se busca comunicarse con la persona oyente que la acompaña, reflexiona: “incluso si está el intérprete, el intérprete siempre es neutral, siempre se le habla al intérprete y no al sordo.(...) siempre el sordo está en tercer lugar en el último lugar de la comunicación” (E. 2, trabajadora social)

Magdalena comenta que accedió a que el médico le pusiera anestesia, y luego de los entredichos, se le fue el efecto de la misma, por lo que Magdalena comenzó a sentir dolor cuando la cosían, insistiendo al médico varias veces. Este no demostraba interés a la solicitud de Magdalena, planteando que era producto de sus nervios: “¡me estas pinchando, estoy sintiendo cuando me pinchas, cuando me haces el nudo, todo estoy sintiendo!”, le digo yo: “¡no me vuelvas a tocar si no me pones anestesia!” (E. 4, Magdalena)

Subraya la falta de sensibilidad y comprensión de los profesionales: “vino una mujer que parecía que no sabía nada, era bruta la forma de explicarte cómo amamantar, (...) te digo que hay algunas situaciones que son un poco violentas digamos, que hay falta de sensibilidad.” (E. 4, Magdalena)

Sus conocimientos e información acerca del parto fueron de alguna manera utilizados como un “castigo” por parte del personal médico. Tuvo que acceder a lo que el médico quería durante el parto para no tener consecuencias negativas: “ahí me pasó como que me

quedé pensando, estaba coronando ya, entonces pensé “bueno ta, puedo complicar más toda la situación (...) “no quiero terminar en una cesárea”. Y bueno ta, al final me dieron oxitocina” (E. 4, Magdalena). De acuerdo con esto:

En muchos casos, las mujeres relatan haber temido ser castigadas si no acataban las normas, es decir, si en pre-partos se salían del comportamiento esperado: no hacer mucho ruido –ni gritar ni quejarse-, no preguntar demasiado, y seguir siempre las instrucciones del personal. Por tanto, cuando han transgredido alguna de estas normas, esperan sanciones, (...) como castigos por no haber sido buenas pacientes. (Sadler, 2003, p. 18)

2.2.1.4 Importancia del derecho de acceso a la información.

La interseccionalidad es visible constantemente en la narración de Magdalena. La mujer sorda desde el modelo medicalizador se ve frecuentemente desprovista de conocimientos. Se cree que es más “fácil” que las mujeres sordas obedezcan los mandatos médicos sin cuestionarlos. Al respecto comenta la Trabajadora Social entrevistada: “no todas las mujeres sordas son iguales (...). Dependiendo del nivel educativo, dependiendo de si es hablante o no de la lengua de señas, si accedió o no a un sistema educativo, siempre las situaciones dependen” (E. 2, trabajadora social).

Magdalena es una mujer sorda con alto nivel educativo y grandes conocimientos acerca de los derechos de las personas sordas y de las mujeres con discapacidad. Destaca la importancia de la información en embarazo y el parto, el conocimiento de los derechos, de los cambios en el cuerpo durante el embarazo, el parto y posparto. En sus palabras: “con el segundo embarazo me pasó que no solamente logré tener un mejor puerperio, me recuperé mucho más rápido. Y yo creo que tiene que ver con toda esa información que tuve y la preparación (...) para hacer el trabajo de parto” (E. 4, Magdalena)

El acceso a la información es un derecho reglamentado en el Artículo cuarto de ley 18.426 ya citada, el cual enuncia: “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas” (Ley 18426, Uruguay). Este derecho se vulnera cuando se imponen determinados procedimientos médicos sin intención de consultar a las usuarias y las alternativas de intervención propuestas por las mujeres no son tomadas en cuenta.

La información adquirida por Magdalena muestra el poder que genera el conocimiento, la capacidad de decisión y empoderamiento. Le permitió realizar un plan de parto y discutir con los médicos acerca de lo que consideraba la mejor opción y no sólo atenerse a la decisión médica: “como mujer, sabiendo cuales son las dos opciones vas a elegir por aquella que te parece que es la mejor digamos para vos. Yo quería verdaderamente poder

desarrollar (...) mi trabajo de parto natural” (E. 4, Magdalena). Magdalena decidió el tipo de inducción del parto que deseaba: “(...) en mi caso yo quería misoprostol no quería oxitocina. (...) porque el misoprostol te da como una posibilidad de empezar las contracciones de una forma más (...) gradual” (E. 4, Magdalena). También decidió acerca de la posición del parto, el libre desplazamiento en el trabajo de parto, y el momento del corte del cordón umbilical: “esperar que termine de latir para cortarlo, quería que fuera mi compañero el que lo cortara” (E. 4, Magdalena).

2.2.1.5. Aportes de doulas al proceso de parto.

Como consecuencia de la acumulación de conocimientos del parto, la disconformidad de la intervención médica con prácticas innecesarias que no consideran aspectos solicitados por las mujeres, acrecentadas por ser sorda, Magdalena buscó acceder a referentes técnicos que aporten la sensibilidad ausente en el personal médico: “sin embargo, en sociedades donde el sistema médico hegemónico es el alópata también hay mujeres y familias que portan otros referentes culturales y preferencias, y quisieran optar a otras alternativas de atención con personal especializado y entrenado para ello” (Sadler, 2003, p. 7).

Las doulas son acompañantes terapéuticas e informativas para mujeres embarazadas: “instruye a la mujer para que sepa cuáles son las opciones al momento de parir, y de cómo desarrollar su embarazo, de cómo llevarlo adelante, de cómo llegar al momento del trabajo de parto, de estar preparada, de estar segura, de no sentir miedo” (E. 4, Magdalena).

Magdalena es doula y paralelamente fue acompañada por una de ellas en su segundo embarazo. Luego de esta experiencia destaca que el acompañamiento desde emocional genera fortaleza, empoderamiento y herramientas para tener un buen parto:

Yo creo que salí muy entera porque (...) tuve acompañamiento de doula y sabía que ese tipo de situaciones me podían pasar. Si hubiese sido al revés, que me hubiese tocado un ginecólogo así (...) sin tener ningún tipo de información, creo que hubiese sido más traumático. (E. 4, Magdalena).

Magnone menciona en su investigación:

El dolor puede ser analizado como una producción natural y cultural. Según las mujeres entrevistadas el parto representó una situación de dolor, pero su vivencia dependió de las personalidades, de los imaginarios sociales, de la información, de la contención, de la libertad de movimiento, del apoyo recibido, de la tranquilidad, de la intimidad, de la concentración, de la confianza, y de la posibilidad de vivir el parto como algo propio. (Magnone, 2013, p. 88)

La psicóloga entrevistada también es doula. Señala la gran utilidad de la doula para las mujeres que van a parir: “el momento te lleva a aceptar cosas que (...) vos no querías y decías "no, esto no lo voy a permitir" y llegado el momento estás tan vulnerable que no sabes (...) un acompañante que tiene un poco más de información o que te puede decir "acordate lo que vos querías estamos con vos, te estamos apoyando" (E. 1, psicóloga).

2.2.1.6. Falta de reconocimiento a mujeres sordas.

Se viene analizando la falta de sensibilidad con las mujeres sordas al momento del parto por parte del campo médico. Al respecto Magdalena expresa:

Muchas sordas cuentan que sus experiencias no fueron buenas, o sea, fueron malas. No hay sensibilización con el tema de las personas con discapacidad en general, en la atención de la salud en general, y mucho menos en la ginecológica. (E. 4, Magdalena).

Como se mencionó anteriormente acerca la sexualidad de la mujer en situación de discapacidad, este aspecto no es considerado posible desde la mirada del modelo médico. Se agrega además, otra barrera sobre el cuerpo de las mujeres sordas en el campo médico; la idea de maternidad en mujeres sordas. Magdalena resume este aspecto en la entrevista:

Se pone muy en duda la capacidad de ser madres. Yo como persona sorda te puedo asegurar que cuando dije que quería tener hijos lo primero que me preguntaron fue que ¿cómo iba a hacer?, ¿cómo los iba a cuidar?, ¿cómo me iba a comunicar? ¿cómo les iba a enseñar a hablar?!...¡mirá si son oyentes! ¡¿Cómo vas a hacer después para que ellos te hablen si no te entienden?! Como que...te ponen un papel de asexuada digamos, de mujer que no puede pensar o imaginarse como madre. Es una forma violenta también. (E. 4, Magdalena)

Ver a las mujeres sordas caracterizadas desde la infantilización, incapacidad y constreñimiento de las posibilidades de desarrollar la vida tal como la desarrollan las demás mujeres, significa que la participación de las mujeres sordas en la sociedad no se da de manera igualitaria: “La imagen de la mujer discapacitada que impera en nuestra sociedad es la de un ser que se hace depositario de sentimientos encontrados de lástima y rechazo, que no armoniza el papel de mujer y madre” Soler, et. al., 2008, p. 17).

Esta mirada normalizadora no sitúa a las mujeres sordas en las mismas condiciones que el resto de la sociedad. Esto puede derivar en la mala calidad de la atención en salud reproductiva. Como consecuencia, se produce la autocensura de las mujeres sordas para desarrollar su vida sexual y reproductiva de manera libre e igualitaria. (Soler, et. al., 2008, p. 17)

2. 2.2 Entrevista a Catalina

Catalina es una mujer sorda que concurre hace varios años a la USS de la policlínica Tiraparé. Comenzó a concurrir para la atención de su último embarazo. La cercanía que encontró con la comunidad sorda y el buen relacionamiento con el personal que allí trabaja, hizo que concurra frecuentemente a consultas con la psicóloga. El día de su último embarazo en 2014, Catalina se comunicó con la psicóloga, quien colaboró con los trámites para que la misma acceda a emergencias acompañada de una intérprete de LSU.

Catalina vive con su esposo y sus tres hijos. Su esposo es sordo y sus tres hijos son oyentes. En sus tres partos fue atendida en el Hospital Pereira Rossell. Los dos primeros partos fueron sin acompañamiento de una intérprete de LSU, el último es destacado por haber sido con el acompañamiento de una de una intérprete. Comenta que esta experiencia fue opuesta a las anteriores; la posibilidad de entender todo lo que sucedía fue sumamente positivo para ella y su marido. De todas formas, no fue tarea sencilla, plantea que hubo prohibiciones por parte del personal del hospital respecto al acompañamiento de intérprete.

2.2.2.1. La mujer sorda como objeto de intervención médica.

En el marco teórico de este trabajo, se plantea que el cuerpo de la mujer ha sido históricamente un instrumento de consolidación del poder patriarcal. Es importante retomar el planteo de Belli (2013) mencionando que en el proceso de medicalización la mujer que va a parir es vista como objeto de intervención y no como sujeto de derecho.

Las intervenciones y protocolos médicos en ocasiones no consideran la voluntad de las mujeres sordas que ingresan a la sala de emergencia cuando van a dar a luz. La psicóloga entrevistada plantea que no está dispuesto que cuando una mujer sorda que llega con contracciones, lo haga acompañada de un intérprete de LSU, debido a que la mujer debe entrar sola. En este sentido, la información que la mujer sorda necesite sobre lo que ocurre con su cuerpo, la cual sería proporcionada con la intérprete, no será tomada en cuenta por el personal médico que no conoce la LSU.

Catalina comenta que cuando ingresó a la sala de emergencia en su tercer parto, no permitieron el ingreso de la intérprete:

En la entrada fue un poco de problema, en la entrada de emergencia (...) Yo entré y no dejaban entrar la intérprete (...) protestamos, que yo soy sorda y tengo el derecho de tener un intérprete y bueno ahí la dejaron entrar (...) vemos el cartel (...) que decía que

había que haber intérprete, "mirá, ahí está el cartel le dije", "¿ustedes tienen el cartel y no me dejan?". "Ay, disculpame, no sabía", dice que le dijo la persona que la atendió. (E. 3, Catalina)

Como dicta la ley 19.580 ya citada en este trabajo, la violencia obstétrica implica afectar la autonomía de la mujer para decidir sobre los procedimientos que ocurren en el parto. Desde una mirada interseccional, la citada ley 18.335 plantea el tratamiento igualitario a todos los usuarios de la salud, incluyendo la no discriminación en situaciones de discapacidad. En lo que se viene analizando acerca de los relatos de mujeres sordas, las particularidades de esta población no son tomadas en cuenta desde que la mujer sorda ingresa a la sala de emergencia. No permitir que Catalina ingrese con intérprete, y que esta tenga que exigir e insistir para que se entienda su situación, supone la existencia de violencia institucional y violencia obstétrica.

Siguiendo a Sadler (2003), es común que en hospitales públicos la gratuidad implique que las personas no tengan derecho a reclamar en función de sus necesidades. El sistema de salud cuando se trata de mujeres de posición económica vulnerable, comúnmente se apropia de las decisiones sobre sus cuerpos: "dicha expropiación es aún más clara cuando además la mujer debe ingresar a un "territorio" donde sus saberes no son reconocidos" (Sadler, 2003, p. 6). Las mujeres sordas, como lo hizo Catalina, deben exigir mayores reconocimientos de derechos y el derecho a la salud se encuentra menos reconocido y ejercido que en las mujeres oyentes:

La ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud (Castro, 2010, p. 55)

La mayoría de las entrevistadas plantearon la negación por parte del personal médico de ingresar al parto o a la emergencia con intérpretes de LSU:

- "las primeras intérpretes que empezaron a acompañar en los partos no las dejaban entrar" (E. 1, psicóloga).

2.2.2.2. Reconocimiento de intérpretes de LSU

Otro aspecto que surge de las entrevistadas es la importancia de lograr que el médico reconozca que el intérprete colabora en la comunicación y es una herramienta que favorece tanto a la mujer sorda como al propio personal de la salud que no habla LSU:

-(...) el sistema de salud es muy ignorante en cuanto al derecho del sordo (...) el intérprete y el mediador no es un acompañante. Claro, son mucha gente adentro de la sala de parto...pero hay tanta gente adentro de la sala de parto que capas que no debería estar, y

estas personas que son las que aportan, que son las que ayudan, son las necesarias para estar. (E. 2, trabajadora social).

- (...) insistiendo de que en realidad no es (...) un acompañante (...) es una persona que va a colaborar en la comunicación. (...) no es solamente que el sordo es el que necesita del intérprete, el médico también necesita del intérprete. ¿no?. (E. 1, psicóloga).

- “no es la persona sorda necesita del intérprete, el oyente necesita del intérprete para comprender a la persona sorda. El intérprete es para ambos lados, para la comprensión de ambos, no es solamente para el sordo, es para ambos lados” (E. 2, trabajadora social).

Catalina realiza una comparación de sus tres experiencias de parto, y comenta que el último fue particular debido a que a pesar de las barreras que tuvo al ingresar con intérprete, pudo contar con su presencia durante el parto, además del acompañamiento emocional de su marido:

Fue mucho más fácil la comunicación, mi esposo también entendió, nosotros mirábamos y entendíamos, estábamos como mucho más tranquilos, porque los enfermeros y todos usan tapabocas, entonces nosotros no entendemos lo que ellos se hablan. Y la intérprete todo el tiempo estaba como...interpretándole y dándole la información. Mi esposo Marcos, con mímica algo entendía pero bueno, al tener la intérprete fue como todo mucho más claro y directo. (E. 3, Catalina).

Las técnicas entrevistadas lograron ver cambios en mujeres que fueron acompañadas por intérpretes de LSU en sus partos. Los mismos fueron más disfrutables y saludables debido a la tranquilidad que genera comprender las situaciones vividas. La psicóloga entrevistada relata la violencia de la invasión al cuerpo al no poder comunicarse de manera correcta:

(...) la sensación de estar solas, de (...) vivir la situación como una situación violenta. No sabían lo que les estaba pasando, (...) lo que les iba a pasar. (...) "me está pasando esto y me llevan para un lado y no se ni para donde me llevan. (E. 1, psicóloga)

En estas situaciones, el posicionamiento de las mujeres sordas es de pacientes que deben acatar a las decisiones del personal médico:

Los especialistas para lidiar con enfermedades son el personal médico, por tanto las mujeres que darán a luz tendrán muy poco espacio para opinar o intervenir en el proceso. No sólo no se les permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellas, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo. (Sadler, 2003, p. 6)

2.2.2.3. Limitaciones en el acceso a la información

De hecho, cuando los acompañantes también son sordos, ni la mujer ni éste logran comprender (y tampoco reclamar) lo que sucede al momento del parto. Catalina comenta que los médicos intentaban hacer “mímica” para que Catalina y su esposo entiendan lo que ellos decían: “en lo que se han apoyado bastante fue como en la mímica, que era la manera de comunicarse de los médicos (...) Yo lo entendía, pero mi esposo no” (E. 3, Catalina).

Si se toma una mirada interseccional, la situación de vulnerabilidad deriva del proceso de medicalización y entrelaza la discriminación de género con la de discapacidad aumentando la discriminación.

Es posible descubrir prácticas médicas autoritarias que hacen que los derechos de las mujeres sordas en los procesos de atención al parto sean vulnerados y además, no cuestionados por parte de las propias usuarias. Por ejemplo, algunos funcionarios actúan de manera más “humanizada” cuando conocen a la usuaria:

- “Por suerte (...) una prima del padre trabajaba en el hospital (...) de enfermera le dijo "mirá, es mi hija que está teniendo el parto" (...) ¿podes ayudarla?". Y bueno el parto fue con ella (...) le mostraron (...) todo lo que estaban haciendo” (E. 3, Catalina)

- “Lo que pasa que conocía a la persona o me escribían” (E. 3, Catalina)

- “si no conoces a nadie, no entienden que necesitamos intérprete. O por ejemplo, yo llego y les digo a las enfermeras que soy sorda y que no me pueden llamar porque no escucho, y a veces he estado varias horas esperando porque ya me habían llamado, y te dicen “disculpame, me había olvidado que eras sorda” (E. 5, Selena)

La falta de información y la obligación de “confiar” en las acciones de los funcionarios de la salud sin cuestionarlas, restringe la autonomía de las mujeres sordas que debieran ser las protagonistas de su parto:

La mujer que dará a luz (...) se limita a seguir órdenes, a recibir información acerca de lo que le está pasando -que puede ser contradictoria con lo que está sintiendo- y a confiar en que son los otros quienes realmente saben. No tiene injerencia en la toma de decisiones; se define y trata como una paciente. (Sadler, 2003, p. 20)

El concepto ya analizado de violencia obstétrica se visualiza en estas cuestiones. La relación de invasión al cuerpo implica un sometimiento autoritario de la usuaria por parte del médico:

Como planteaba Barrán en su estudio de la medicalización de la sociedad uruguaya en el siglo XX “El sometimiento y el ejercicio del poder se transformaron en claves de la

relación médico- paciente. El sometimiento absoluto del paciente se tradujo en su permiso para que le invadieran su cuerpo y su alma". (Barrán, 1994: 194)

Asimismo, las actuaciones médicas que respetan los procesos de las mujeres sordas de manera humanizada, son vistas como prácticas a destacar, en lugar de ser consideradas comunes:

Catalina comenta:

- "Este es tu hijo" (...) me lo dieron...para los otros demoraron, entre cosas (...) Pero con él fue directo, me lo dieron directo" (E. 3, Catalina)
- "en el momento del parto (...) dejaron que mi esposo entrara, y me explicaron todo, perfecto (...) no he tenido mayor problema (...)” (E. 3, Catalina)

Siguiendo a Sadler (2003), el sistema hegemónico que ve la capacidad de la medicina como interventora de los procesos de atención a la reproducción de las mujeres, es internalizada por ellas aceptando la subordinación: “participando así de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador” (Sadler, 2003, p. 21)

Por su parte, si bien se han analizado distintas constricciones de derechos en el sistema de atención a la salud reproductiva, Catalina destaca que se le ha brindado la información que necesitaba para el parto y posparto. Así, se lleva a cabo la obligación de brindar información acerca del parto prevista en el artículo cuarto de la ley 18.426:

- “¿vos sos sorda?"...y como que ahí buscaban la manera de explicar...después del parto también, como cuidarme, del preservativo o las pastillas (...). Pero me anotaban las cosas, me escribían esa información. Siempre me lo daban (...) o me mostraban alguna imagen” (E. 3, Catalina).

Para la persona sorda el acceso a la información es crucial para no tener limitaciones en el conocimiento de lo que sucede. Las barreras comunicacionales hacen que a veces no existan los mismos niveles de conocimiento y acceso a la información que con las mujeres oyentes.

2. 2.3 Entrevista a Selena

Selena proviene de una familia materna integrada por personas sordas. Ella, su madre, hermana, hijo y otros integrantes son sordos. Es por esto que para ella la LSU es considerada la lengua principal.

Su hijo nació en el hospital Militar. Destaca que siempre tuvo dificultades para concurrir a consultas con intérpretes o para comunicarse con personas oyentes. En su historia y a través de sus relatos se verán distintas experiencias acerca del poco

conocimiento y empatía que tiene el mundo oyente hacia la comunidad sorda, especialmente cuando se trata de mujeres en atención reproductiva.

Selena trabaja con la comunidad sorda desde el año 2012. Comenzó a formar parte de la USS en la policlínica Tiraparé. Sus primeras tareas fueron el acompañamiento y asesoramiento en los trámites, pero también brindaba información de los derechos de las personas sordas en el ámbito de la salud, y el derecho al acompañamiento de intérpretes. Luego comenzó a desempeñar un papel de mediadora entre el intérprete, el médico y la persona sorda, o entre el médico que sabe LSU y la persona sorda. Desde la mediación se intenta que la conexión cultural entre las dos personas sordas aporte mayor calidad en la interpretación y la comunicación entre oyente y sordo sea más exacta y segura. La importancia de esto radica en que muchos sordos no tienen acceso a determinada información y desconocen muchas cuestiones por no acceder a esta como lo hace un oyente.

2.2.3.1. Acompañamiento en el parto y la herramienta del intérprete.

Cuando una mujer sorda accede a una consulta médica con intérprete de LSU, el ingreso a la consulta suele ser complejo. Selena comenta que según sus experiencias en el campo ginecológico, en general la mujer está autorizada a concurrir sólo con un acompañante. La ya mencionada ley 17.386 de acompañamiento en el parto, menciona el derecho de acompañamiento de una persona o en su defecto una persona entrenada para darle apoyo emocional. Esta ley no toma en cuenta a las mujeres sordas. Como se pudo ver en las entrevistas, la mujer sorda no considera al intérprete como un acompañante, sino como un técnico que colabora para su comunicación. Es una herramienta comunicacional y no el acompañante emocional y de confianza que la mujer elige para el acompañamiento en consultas médicas, o el parto. Además de lo que apareció en la entrevista de Carolina acerca de la prohibición del ingreso de intérpretes, en los relatos Selena señala que cuando una mujer sorda quiere entrar con un acompañante emocional y además con un intérprete de LSU, es rechazada, exigiéndole a la mujer que elija entre una de esas personas:

“(...) ese día, cuando voy a ingresar a la sala de parto, no dejaron que entre mi madre y la intérprete. Las enfermeras dijeron que no podían entrar dos personas (...). Entonces otra vez tuve que quedarme con la interprete porque era la única manera que tenía de comunicarme” (E. 5, Selena).

En las atenciones al embarazo, Selena tuvo que elegir entre su hermana, su madre y la intérprete, incluso para las ecografías: “la intérprete era mi conexión para la comunicación.

Pero yo quería que entre también mi madre. Pero a veces el médico no comprendía el funcionamiento” (E. 5, Selena).

Como ya se mencionó, Barrán (1992) plantea que las sociedades han acatado los valores del saber médico, utilizadas como regla para la intervención obstétrica, por lo que el equipo de salud toma decisiones que no son necesariamente médicas, sino que son personales e incluso emocionales de las usuarias.

2.2.3.2. Vulneración de derechos reproductivos.

En la narración de Selena, vuelve a aparecer la utilización del tapabocas como limitación en la comunicación, y falta de interés a que la mujer sorda comprenda lo que sucede. A partir de este aspecto, los médicos obstaculizan el real ejercicio de los DSR de las mujeres sordas, invisibilizando aspectos sustanciales para garantizar la real consideración mujeres sordas como sujetos de derechos. Durante el parto solo permitieron que entrara una persona y Selena irremediamente, no pudo dejar entrar a su madre:

“(…) en mi caso ¿quién se iba a llevar al bebé?, si se iba la intérprete yo quedaba sin poder comunicarme. Entonces tuvieron que salir y llamar a mi madre para que lo vaya a buscar. Y ahí se dieron cuenta que la intérprete está para colaborar en la comunicación y no para acompañar” (E. 5, Selena).

En la entrevista a Magdalena, también se ha resumido esta falta de sensibilidad del personal de la salud en las mujeres sordas: “el tema de la sensibilidad... al ginecólogo o a otros médicos es poca, casi nula.” (E. 4, Magdalena). Selena evidencia esta falta de sensibilidad en su relato de las restricciones en el ingreso de su familia junto con la intérprete a las consultas:

(…) en el embarazo, (...) fui a hacerme un examen donde sienten los latidos del corazón del bebé, entonces logramos entrar con mi madre y la intérprete, pero no querían que nadie esté cerca de mí al momento del examen, entonces la intérprete se fue a sentar lejos, con mi madre, y ella trataba de explicarle a mi madre lo que el médico decía, para que luego mi madre me lo contara a mí, y mi madre no entendía porque no sabía que se podían escuchar los latidos del corazón, no sabía que los latidos hacían un sonido, entonces entendía algunas cosas. Pero yo decía... la intérprete está para comunicarme a mí lo que está pasando, tiene que estar donde yo estoy, pero ellos no lo aceptaron. (E. 5, Selena).

Selena plantea que ha decidido entrar con su madre en la primera ecografía, pero no pudieron comprender lo que se les mostraba. Agrega que el médico solicitaba que le lean los labios, destreza que no es utilizada por todas las personas sordas.

La postura del médico muestra por un lado, una discriminación hacia las personas sordas, caracterizada por la imposición de la lectura labial. La Trabajadora Social entrevistada lo resume con una mirada crítica planteando que “el mundo está creado para los oyentes y no para los sordos” (E. 2, trabajadora social)

Por otro lado, en el planteo de Selena muestra en la obstaculización de la información la imposibilidad de reclamar. Castro (2010) resume este tipo de intervención como la ausencia de cumplimiento de los derechos: “la atención que ahí reciben sin embargo es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (...) se ve reducida al mínimo o eliminada” (Castro, 2010, p. 57).

2.2.3.3. Barreras de comunicación.

Selena señala que luego del parto, cuando no se encontraba presente la intérprete de LSU, el personal de salud no le explicaba las intervenciones: “entonces las enfermeras entraban y me hablaban, tocaban alguna parte de mi cuerpo o acomodaban algo y yo no entendía lo que hacían. Y las enfermeras no explicaban nada” (E. 5, Selena).

Al respecto Sadler plantea:

Ocurre que las mujeres muchas veces no entienden lo que escuchan a su alrededor acerca de su estado, y no se les explica de forma sencilla para facilitar su comprensión. Tampoco se les avisa, explica o pregunta acerca de los procedimientos que se les van a aplicar, pues se supone que no es necesario, o que no entenderán. (Sadler, 2003, p. 8)

Sumado a esto, la vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer luego de parir posibilita mayores procedimientos de violencia obstétrica. La hermana de Selena era quien exigía que se valoren sus derechos en estas situaciones: “ella reclamaba todo el tiempo, yo la verdad salí muy cansada y dolorida y no tenía fuerzas para pelear, no tenía ganas de discutir entonces fue mi hermana la que hizo todo por mi” (E. 5, Selena).

Desde una visión medicalizadora, la psicóloga entrevistada justifica el poco interés del médico hacia las necesidades de la mujer sorda y la aceptación de intérpretes, destacando que el intérprete en LSU es “una figura nueva”, los consultorios son chicos, que comienza a ser algo “multitudinario”, y que los médicos se atienen a su secreto profesional. A su vez, la psicóloga, en lugar de admitir la importancia de que el acompañante y el intérprete ingresen a la sala de parto, cuestiona acerca de este acompañamiento: “¿entra la interprete o entra el acompañante?. (...) El referente emocional, digamos de esa mujer que esta por dar a luz” (E. 1, psicóloga).

Por otro lado, da cuenta de la importancia de modificar la mirada del médico en la atención a mujeres sordas. Comenta que algunos médicos han cambiado su visión acerca

de la aceptación de los intérpretes y priorizar las necesidades de las mujeres sordas en la atención a su embarazo y parto, comprendiendo que el intérprete colabora en la comunicación, que tiene una función técnica, y que el médico y la usuaria necesitan del intérprete para lograr una comunicación adecuada. Agrega que son visibles los cambios, los médicos demuestran “apertura” y “aceptación”.

Selena plantea que su médico de referencia para el parto pudo comenzar a comprender su situación: “él comenzó a entender lo que yo planteaba, que la intérprete no me acompañaba sino que era para que yo pueda comunicarme con él y entender” (E. 5, Selena).

Si bien este punto es sustancial, se visualiza en las palabras de las mujeres sordas entrevistadas, que tuvieron que realizar un trabajo de sensibilización al médico, para que el mismo considere que tienen derechos a ser tratadas de manera igualitaria. Selena destaca que en mayor medida, los funcionarios de la salud no se interesan por el entendimiento y la comunicación de las mujeres sordas que concurren a ser asistidas en su parto. La información médica se cierra al personal médico y no es transmitida a las mujeres sordas:

(...) la jerga utilizada en la relación entre el profesional de la salud y el paciente precisa tener el mismo significado para ambos; en caso contrario, el proceso de comunicación no ocurrirá. Y, si la comunicación no ocurriera efectivamente, el cuidado prestado puede ser afectado profundamente. La comunicación debe ser considerada como competencia interpersonal a ser adquirida por el profesional de la salud que, al usarlo de modo terapéutico, permitirá que atienda a la paciente en todas sus dimensiones. (Wolff y Waldow, 2008, p. 9)

Retomando la mirada del modelo social de la discapacidad, este enfatiza la importancia de identificar las barreras sociales que discapacitan a las personas sordas, siendo estas de diversa índole. En relación a la comunicación de las personas sordas con oyentes, la LSU se define como contraposición a la lengua oral: "Por lengua de señas se entiende un sistema verbal cuyos significantes organizan una materialidad viso-espacial, por oposición a la lengua oral cuyos significantes estructuran una materialidad acústica" (Peluso; 2007: 73). La persona sorda está sujeta a un mundo creado para los oyentes, donde prima la lengua oral y la lengua de señas no se encuentra reconocida por la sociedad a nivel general.

Lo antedicho demuestra la falta de consideración de las personas sordas como sujetos con voz y opinión, denota que las situaciones de las mujeres sordas en el ámbito de atención de su embarazo intersecta la violencia de género con la discriminación en relación a la discapacidad:

El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la

combinación de identidades. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres. (AWID, 2004, p. 2)

2.2.3.4. Supremacía del mundo oyente.

En este sentido, Selena relata que en la atención al embarazo y el parto, los médicos no reconocen la LSU, no hacen un esfuerzo por comunicarse con la mujer y priorizan la conversación con personas oyentes. Describe la experiencia de la internación de un familiar que Selena debió cuidar. Señala que el médico explicó lo que sucedía a su tío oyente de manera rápida, por lo que al reclamar, el médico le dijo a Selena que había hablado con su tío para que luego le explique a ella.

La psicóloga entrevistada afirma que “se piensa que todas las familias de personas sordas manejan la lengua de señas. Y que basta con la explicación a una persona oyente cercana a la persona sorda porque se afirma que ellos “sabrán comunicarle” mejor a la persona (E. 1, psicóloga). A su vez, la Trabajadora Social entrevistada señala:

(...) hay una generalidad que se puede señalar que es: ante una consulta médica, siempre la persona sorda va acompañada de un oyente. Por lo general es un familiar, por lo general es un familiar que no es que maneja muy bien la lengua de señas sino la maneja más o menos o de otra persona oyente que genera confianza en la persona sorda. (E. 2, trabajadora social).

Es visible que el derecho a la información se encuentra restringido en estos relatos, por medio del poder médico y por la centralidad de las personas oyentes pertenecientes a dispositivos normalizadores:

Esta lengua se dibuja en el espacio visual del interlocutor, para «escuchar» a un sordo, alcanza entonces con tener los ojos bien abiertos. La sordera comienza entonces a metamorfosearse en quien, bien que su oído funcione perfectamente, se vuelve incapaz de escuchar una palabra que se expresa de manera diferente a la suya. Es la presencia del otro que escucha o que no quiere oír que comienza a definir el «ser sordo». (Benvenuto, 2006, p. 4)

2.2.3.5. Autonomía para la mujer sorda en la asistencia.

Otro aspecto es la afirmación de que los médicos preguntan y comunican primero a familiares acerca de la salud de las mujeres sordas. Incluso el médico ha decidido pedir autorización a la familia, hecho que sucedió en la vivencia comentada por la mayoría de las entrevistadas, acerca de la mujer sorda a la que ligaron las trompas sin su consentimiento. Al respecto de estas cuestiones Selena reflexiona:

Lo mejor no es que tu familia tome decisiones, sí, es tu madre, pero no puede decidir por vos, solo uno puede decidir y elegir, por eso siempre lo mejor es estar acompañada por una intérprete todo el tiempo, porque permite que una decida (...) La familia puede acompañar pero no, no siempre sabe lo que es mejor para vos, no pueden decidir. (E. 5, Selena).

La psicóloga entrevistada plantea respecto a algunas situaciones vividas por mujeres sordas luego de su parto: “(...) siempre intervenía mucho un familiar oyente en el vínculo ¿no?. Entonces...nunca podía como ejercer plenamente su...su maternidad...la persona sorda” (E. 1, psicóloga)

El concepto de interseccionalidad muestra la discriminación múltiple que sufren las mujeres sordas. Selena lo plantea relatando el lugar que ocupan las mujeres sordas en la atención a la salud reproductiva. Da cuenta de las malas disposiciones del personal de la salud asociadas a la comunicación con las mujeres sordas. En la mayoría de sus relatos Se manifiesta que el derecho a decidir se ve limitado.

Destaca la importancia de contar con intérpretes de LSU siendo estas personas alejadas de su círculo sentimental, que actúan de manera neutral cuando la misma accede a las consultas ginecológicas. La entrevistada Magdalena, por su parte, considera necesario que quien debe saber LSU es el técnico que atiende a la mujer sorda, y no estar mediado por otra persona. Plantea la necesidad de autonomía de las mujeres que concurren a consultas ginecológicas, destacando la importancia de asistir al médico sin depender de otra persona, (especialmente de la familia). Como valor fundamental, implica respetar la privacidad y la capacidad de decisión de las mujeres sordas:

Vos vas al ginecólogo y querés ir con autonomía, la persona sorda quiere lo mismo, vos tenes que ir al ginecólogo con un intérprete para poder comprender, yo porque, como te decía, hago lectura labial, yo voy sola al ginecólogo...pero las mujeres sordas tienen que ir con un acompañante, es un lugar íntimo, es un lugar donde vos tenes que ir sola, no con un acompañante... ¿Cuántos médicos saben lengua de señas?. (E. 4, Magdalena).

Otro aspecto que se agrega a esta afirmación es la poca accesibilidad de un intérprete en situaciones de emergencia, debido a que los mismos no están incluidos dentro del personal permanente de los hospitales:

(...) cualquier emergencia ¿entendés?, debe ir sola a atenderse, en ese momento no cuenta con un intérprete, porque de urgencia es difícil conseguir un intérprete (...) es complicado conseguir a alguien que te pueda acompañar al médico a cualquier hora. Entonces, en esas situaciones ¿cómo solucionas? (...) Estamos hablando de igualdad de oportunidades de cierta forma ¿no?. El intérprete tendría que estar dentro, incluido en cada una de las sociedades, tendría que haber servicio de intérprete en todas las sociedades (...) voy a un servicio de salud y después tengo un problema comunicacional y no me puede atender, evidentemente el problema ¡es del servicio de salud!, porque no

me está brindando igualdad de oportunidades (...) Pero no puede recaer en la persona la posibilidad de acceder al intérprete. (E. 4, Magdalena).

Al respecto de esta reflexión, desde el modelo social de discapacidad, las mujeres sordas deben concurrir a una consulta ginecológica, a la atención de su embarazo o de su parto en condiciones de igualdad e inclusión.: “(...) no vemos que no es de la persona, sino que es una construcción social, barreras que hay que romper, paradigmas que hay que romper, para cambiar esa percepción de la discapacidad” (E. 4, Magdalena).

Evidenciar que el acceso real al derecho a la salud no se está ejerciendo en la atención del embarazo y el parto de las mujeres sordas, implica una responsabilidad colectiva:

“(...) en algunas cuestiones se viene avanzando, pero cuesta mucho que se entienda y una tiene que hacer un esfuerzo para que logren entender nuestras necesidades” (E. 5, Selena).

CAPITULO 3. Consideraciones finales

El propósito de esta monografía fue aportar conocimiento al estudio de los derechos en el parto de mujeres sordas asistidas en centros de salud de Montevideo, promoviendo una reflexión acerca de las experiencias en la asistencia de sus partos, desde una perspectiva de género y derechos humanos. Si bien es un estudio exploratorio (los resultados no son generalizables a todo Montevideo) en las entrevistas realizadas aparecen un conjunto de elementos que están dando cuenta de dificultades de las prestadoras de salud para asistir de forma adecuada a esta población.

A continuación se desarrollan las conclusiones que responden las preguntas iniciales y objetivos de este trabajo.

3.1 Las distintas problemáticas surgidas a partir de la situación de discapacidad ¿son contempladas a nivel de la asistencia?

La situación de las mujeres sordas entrevistadas que se asisten en centros de salud de Montevideo se caracteriza por una serie de complejidades que no son tenidas en cuenta a nivel de la asistencia.

Una de ellas es la no consideración de la herramienta del intérprete de LSU para la comunicación, se les impone la lectura labial y se las trata como pacientes sin capacidad de decidir.

No se toma en cuenta la heterogeneidad de situaciones que se pueden presentar al estar asistiendo a una mujer sorda. Se ha evidenciado que el personal médico asume que las mujeres sordas van acompañadas de sus familiares, quienes explicarán todo lo sucedido a las mismas. De esto surge que el médico plantea y/o consulta las situaciones ocurridas al familiar o acompañante en lugar de a la mujer. Además, se aplican procedimientos invasivos sin preguntar, explicar o dar conocimiento a la usuaria sorda.

3.2 ¿Qué situaciones fueron percibidas como violentas en el proceso de atención al parto? ¿Cómo vivencian la asistencia al parto las mujeres sordas que asisten a centros de salud en Montevideo?

La asistencia al embarazo y al parto para las mujeres sordas entrevistadas se caracteriza por experiencias negativas y violentas. Las mismas identifican la falta de consideración de sus necesidades y opiniones al no dejar entrar a la intérprete a la sala de emergencias, o hacer que las mismas elijan entre su familiar y el intérprete para ingresar a una consulta. La

mujer sorda no considera al intérprete como un acompañante, sino como un técnico que colabora para su comunicación. Es una herramienta comunicacional, no es el acompañante emocional y de confianza que la mujer elige.

Además, se describe una vulneración del cuerpo y la sensación de desconocimiento de los procedimientos dada por desventaja comunicacional y las barreras en el acceso a la información. El personal de salud en general no suele intentar explicar a las mujeres sordas acerca de las intervenciones, suponiendo que las mismas no entenderán. Las mujeres entrevistadas en ocasiones no preguntan al personal sobre lo que les ocurre y demuestran no haber podido expresar del todo lo que sienten y no entender lo que sucedía con su cuerpo.

Otra cuestión identificada por las mujeres sordas entrevistadas es que la sensibilidad del médico “es casi nula”. En lugar de haber una atención humanizada desde el comienzo, las mismas han tenido que incorporar en el médico la importancia del respeto y el entendimiento a sus particularidades, para que el mismo logre respetar y escuchar lo que sentían.

Es posible considerar que ocurrió violencia obstétrica en la asistencia al embarazo y parto de las mujeres sordas entrevistadas, quienes describen situaciones concretas que percibieron como violentas. Uno de los grandes ejemplos de vulneración del cuerpo sin considerar a la mujer, estuvo dado por la experiencia de una mujer sorda a la cual le ligaron las trompas sin su consentimiento. Se suma a este tipo de intervención el uso de tapabocas que restringe el entendimiento de la mujer sorda y la negación a los pedidos de las usuarias en base a formas de aplicar procedimientos invasivos.

La hegemonía de la decisión médica es identificada en todas las situaciones de violencia contadas por las mujeres sordas entrevistadas. Se pudo ver en el planteo de las mismas que comúnmente se le habla al acompañante oyente y no a la protagonista de la situación. Por su parte, señalaron la sensación de miedo al “castigo” del médico por haber expresado lo que sentían y/o por haber elegido el tipo de intervención; el temor a que se complique el parto por no haber hecho lo que el médico solicitaba. Se visualiza que el personal médico considera más “fácil” que una mujer sorda obedezca debido a la falta de información que posee por las barreras comunicacionales. El respeto a las decisiones y al derecho a la información se encuentra vulnerado en las situaciones identificadas por estas mujeres.

3.3. Teniendo en cuenta los estudios acerca de experiencias en asistencia al parto ¿Existen particularidades en las vivencias de las mujeres sordas?

Tomando en cuenta la revisión teórica de experiencias en asistencia al parto tomados para esta monografía, no todas las experiencias contadas por las mujeres sordas entrevistadas son propias de su situación de discapacidad, sino corresponden a situaciones de violencia de género que de manera interseccional se combinan con la situación de discapacidad.

Magnone desarrolla un planteo que señala las características de la violencia obstétrica: “mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (Magnone, 2010, p. 95)

Belli refiere a la falta de información que se da a la mujer acerca de los procedimientos médicos: “Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del por qué de estas prácticas ni se les pide su acuerdo” (Belli, 2013, p.31)

Además de las ya mencionadas, las siguientes situaciones contadas por las entrevistadas son manifestaciones de violencia obstétrica en la atención: tactos vaginales excesivos, realizar episiotomía por imposición, suministrar misoprostol eligiendo el medicamento a utilizar sin considerar la elección de la mujer, cortar la bolsa sin autorización de la mujer, negar las decisiones de la mujer acerca de las posiciones que desea tener en el parto, ambientes invasivos que hicieron que la mujer haya acudido a encerrarse en el baño para buscar un proceso de parto más natural.

Sobre estas cuestiones, la autora Sadler comenta que: “muchas de las interacciones que se generan desde el pre-parto, y sobre todo durante la atención de parto en el box, se relacionan con el apuro de un sistema que no permite que los procesos se desarrollen a su ritmo normal” (Sadler, 2003, p.11)

Desde una mirada interseccional, no es posible ver cada experiencia etiquetada como una situación de violencia de género o de discriminación por discapacidad. Se entiende que aumenta la violencia obstétrica cuando confluyen ambos tipos de discriminación.

Tomando todas las dificultades recientemente mencionadas del sistema médico que no incorpora la mirada de los derechos sexuales y reproductivos, además de la invasión sobre el cuerpo, a las mujeres sordas se les presentan otras dificultades como las barreras de información, la imposibilidad de acceder a clases de parto, la falta de consideración de su vida sexual activa y su capacidad de ser madres:

Las mujeres con discapacidad no son un colectivo homogéneo, sino que configuran un grupo muy diverso que experimenta las múltiples desigualdades de diferente manera y

desde la diversidad de sus vivencias. Por lo tanto las mujeres con discapacidad no partirían de una identidad única basada en la «doble discriminación», fundamentalmente porque otras categorías como por ejemplo, la raza, etnia, orientación sexual, origen nacional o el estrato socioeconómico, por nombrar algunas, configuran identidades múltiples que contribuyen a crear capas de desigualdades que interactúan simultáneamente en una sola persona. (González, 2010, p. 2)

Las limitaciones en la comunicación aumentan las incertidumbres en las mujeres sordas. Es importante saber lo que va a suceder con el propio cuerpo debido a que la falta de información y el desconocimiento aumenta la situación de miedo y de violencia.

3.4. Recomendaciones para el respeto de los derechos de las mujeres sordas en la asistencia al parto

En el transcurso de la monografía fue posible ver, entre otras cosas, que sin importar que la institución de salud sea pública o privada, las acciones médicas son similares en las tres experiencias analizadas. El mayor logro en buscar el respeto a las mujeres sordas en la atención a la salud, es encontrado en la creación de la Unidad de Salud Para Personas Sordas. En la misma todos los técnicos son hablantes de LSU y con experiencia en el trabajo con personas sordas, con un equipo bilingüe y bi-cultural. Genera espacios para que la atención en salud reproductiva genere un cambio significativo para las mujeres sordas (comunicación, apoyo emocional, respeto a las decisiones, calidad en la atención, acceso a información)

Como señala Belli (2013), es tarea estatal la creación de mayores políticas para mejorar la atención de las mujeres. En este sentido, las mujeres sordas deben tener una atención en salud reproductiva desde una mirada interseccional, de género y teniendo en cuenta todas sus particularidades.

Si bien a partir de la USS se hacen intentos a nivel estatal para visualizar las desigualdades de las mujeres sordas, ¿es suficiente con el accionar de este centro específico que actúa en favor de los derechos de las personas sordas?. Por el contrario, se visualiza que el sistema de salud aún no está adecuado a las necesidades de las personas sordas. El trato deshumanizado se da tanto en instituciones públicas como privadas y se cree necesario generar mayores estrategias para concientizar a las instituciones de salud sobre la importancia de una atención respetada para mujeres sordas.

Para que existan transformaciones se debe tomar en cuenta la multiplicidad de factores que amenazan los derechos en la atención al parto de mujeres sordas. Los recursos que el sistema de salud posee son escasos para propiciar calidad en la comunicación a las usuarias

sordas que asisten a atenderse para su parto. Sin tomar en cuenta la USS, no hay disponibilidad de intérpretes de LSU o mediadores en los centros de salud de Montevideo.

Un sistema de salud que abogue por los derechos de las mujeres sordas debe favorecer el reconocimiento de sus derechos reproductivos y defender la atención al embarazo y el parto de manera digna.

Se cree que no debería haber barreras en la comunicación en el ámbito de la asistencia al parto. Según lo trabajado en esta monografía, se visualiza importante el papel del intérprete y/o mediador como integrante del equipo de salud. Paralelamente, resultaría interesante la formación en lengua de señas para todo el personal.

Entendiendo la discapacidad desde la participación activa de todas las mujeres en la toma de decisiones, se deben exigir mayores reconocimientos a las mujeres sordas en cuanto a los derechos reproductivos, teniendo en cuenta que el derecho a la salud se encuentra menos reconocido y ejercido.

Además, interesa destacar la importancia que las mujeres entrevistadas dieron a técnicos que no pertenecen al campo de la medicina, como los intérpretes, mediadores y doulas. Estas últimas generan empoderamiento en la mujer debido a la información brindada que da la posibilidad de conocer y elegir las distintas alternativas existentes en el parto. Además brindan acompañamiento emocional y sensación de seguridad.

Para finalizar, es de destacar la importancia de la información de calidad y la eliminación de barreras de comunicación. Esto aporta las condiciones para un mejor proceso de atención basado en el respeto de los derechos humanos de las mujeres sordas.

Bibliografía:

- Arguedas, G. (2014) “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” en: Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Año XI, N°1, Revista Universidad de Costa Rica, enero-junio, 2014. pp. 155-180.
- Association for Women’s Rights in Development L’Association pour les droits de la femme et le développement Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (2004) disponible en www.awid.org . Ingreso en febrero de 2019
- Barran, J.P. (1992) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.
- Belli, L. F. (2013), “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en Revista Redbioética/UNESCO, 4, 1 (7) pp. 25-34
- Bellón S. (2015) “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.” Dialnet; 7(18). pp. 93-111
- Benvenuto, A (2004) “Como hablar de diferencias en un mundo indiferente. La sordera de los oyentes cuando hablan de sordos”. Paris
- Benvenuto, A (2006) “El sordo y lo inaudito” en publicación de la Asociación Filosófica del Uruguay (AFU) Ediciones IDEAS. Montevideo, Uruguay.
- Castro, R. (2010) “Habitus social y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”. Mexico.
- CDPD (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) (2006) En: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Chiarotti, S.; Garcia Jurado, M.; Aucía A. y Armichiardi, S. (2003), “Con Todo al Aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”. Buenos Aires, Ed. INSGENAR y CLADEM
- Correa S. (2003) “Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política”. Edición: Lilián Abracinskas – Alejandra López Gómez. Montevideo

- Domínguez, M. E.; Mattioli, N. y Sosa, F. (2011) “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo.” 1ª edición. Montevideo: Intendencia de Montevideo. Uruguay, 2011 Disponible en: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf. Bajado en febrero de 2019

- -Ehrenreich B., Englis D. (2006) “Brujas parteras y enfermera”. Olmué: Chile.

- Espinosa G., Paredes L (2004) “La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva” Sociológica, año 19, número 54, pp. 125-15

- Faneite, J; Feo, A; Toro, J (2012) “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud” Venezuela. Rev. Obstet. Ginecol.

- Farías, C. (2014) “Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia” Montevideo. Udelar.

- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación Originaria. Buenos Aires: Tinta Limón ediciones.

- Galiffet, F., Míguez M. N., & Ortega M.(2017) “Rol del trabajo social en las unidades de salud para sordos” Web: disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316975327_Rol_del_trabajo_social_en_las_unidades_de_salud_para_sordos. Visitado el 17/07/2019

- Garay, Diana (2013) “Narrativa corporal de sujeros sordos en resistencia al biopoder” Colombia

- Gonzalez Rams, P. (2010) “Las Mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional” en “Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional, Sep 2010, Santiago de Compostela, España.” Universidad de Santiago de Compostela.

- Iniesta, A. (2004) “La mujer sorda en la vida privada y pública”. Universidad de Alicante. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=657544> Bajado 06 de Marzo de 2019

- Kipen, E. & Vallejos, I. (2009) Capitulo 7. La producción de discapacidad en clave de ideología. en Angelino, M.A. y Rosato, A. (coords). Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc.

- Lagarde, M., (1996) “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en “Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia”, Ed. horas y HORAS, España.
- Ley N.º 17.386 (2001) “Acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento”. Uruguay: Poder Legislativo
- Ley N.º 17.565 (2002) “Establecimientos o instituciones donde se asistan partos” Uruguay: Poder Legislativo
- Ley N.º 18.335 (2008) “Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud” Uruguay: Poder Legislativo
- Ley N.º 18.426 (2008) “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” Uruguay: Poder Legislativo
- Ley N.º 19.580 (2017) “Violencia hacia las mujeres basada en género” Uruguay: Poder Legislativo
- Magnone, N. (2010). "Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización" Tesis de Maestría. Departamento de Sociología de la Universidad de la República. Montevideo.
- Magnone, N. (2013) “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian” Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N.º12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. pp. 79-92.
- Magnone, N. (2017) “Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay” Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República - Udelar Montevideo, Uruguay
- Massé, C. (2006) “La complejidad en la totalidad dialéctica” en Sociologías N.º15, p 56-87. Porto Alegre
- Murguía, A; Ordoika, T; Lendo, L (2016) “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina” História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. p. 635-651
- Ortega M., Verdun M., Lambiasse E. (2012) “La Accesibilidad a la Salud de las Personas Sordas Experiencia de la UNIDAD DE SALUD PARA PERSONAS SORDAS de Uruguay (USS): una atención integral en el primer nivel de salud”
- Peluso, L (2007) ‘Personas sordas, LSU y Español en Uruguay’ en Torres. C (coord), (2007) Avances de investigación en Instituciones educativas.

Dimensiones psicológicas y lingüísticas. Montevideo, Uruguay. Ed: Psicolibros-Waslala.

- Peluso Leonardo (2011) "Entre la lengua oral escrita y la oralidad de la lengua de señas: buscando los eslabones perdidos" en Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires: UBA.
- Sadler, M. (2003). "Así me nacieron a mi hija". Aportes antropológicos para el análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, departamento de Antropología .
- Sautu R., (2005). "Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación". Buenos Aires: Lumiere
- Sautu, R.; Boniolo, P.; Dalle, P.; Elbert, R.. (2005) "Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología". CLACSO Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina.
- Scott, J. (1996) "El género: Una categoría útil para el análisis histórico". En Lamas Marta (Comp). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México, PUEG.
- Scribano, A. (2007) "Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones" CEA- CONICET Universidad Nacional de Córdoba. Jorge Sarmiento Editor: Córdoba
- Soler A, Teixeira, TC & Jaime V. (2008) "Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género". Universidad de Granada, PUC Minas Gerais y Universitat de Valencia.
- Vallejos, I. (2009) "La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social" en Rosato, A y Angelino, M. "Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit" Buenos Aires- México: noeduc
- Valles, M. 1999): "Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional" Madrid: Síntesis.
- Villanueva ELA, Ahuja GM, Valdez SR, Lezana FMÁ (2016) "¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?" Revista CONAMED; 21 (S1)
- Villaverde M. (2006). "Salud Sexual y Procreación Responsable". Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, pp: 31-32.

- Wolff L. & Waldow V. (2008). “Violencia consentida: mujeres en trabajo de parto y parto” en Saúde e Sociedade, 17(3)