

# Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización

Natalia Magnone Alemán<sup>1</sup>

## Resumen

Este artículo problematiza los modos actuales de concebir y atender el parto y el nacimiento.

A la vez que se entiende necesario profundizar en el conocimiento de los derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva, resulta temporal y coyunturalmente oportuno, pues los vectores de la Reforma de la Salud en curso son la atención integral, la universalidad, la equidad y la continuidad.

Se toma la perspectiva de género para analizar dos procesos históricos: la Inquisición y la medicalización de las sociedades; de esta forma se reflexiona sobre las bases que hicieron que hoy el parto sea concebido como un evento generalmente patológico que restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozarlo plena y autónomamente, configurando una de las formas de violencia estructural de género. Se plantea una de las miradas alternativas al actual modo de atención: la perspectiva de Humanización del Parto y Nacimiento.

**Palabras clave:** derechos sexuales y reproductivos, género, parto.

---

1 Licenciada en Trabajo Social, candidata a Magister en Sociología, Asistente de la Cátedra de Metodología de la Intervención Profesional III, integrante del Área de Género y del equipo de investigación del Área Deliberación del Departamento de Trabajo Social -FCS-Udelar.

Afiliación Institucional: Docente Grado 2 del Departamento de Trabajo Social - FCS – Udelar. [nmagnosa@gmail.com](mailto:nmagnosa@gmail.com)

## Una mirada a la atención al Parto y Nacimiento

Si bien en el transcurso del último siglo han disminuido considerablemente las muertes materno-infantiles asociadas al período de embarazo, parto y puerperio, se constata en paralelo el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los/as bebés. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados. Por ejemplo, mientras la OMS afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 y un 15% de cesáreas, en el total de partos de Uruguay en el 2008 tuvimos un promedio nacional del 34,4%<sup>2</sup>, en donde si discriminamos por tipo de prestadora de servicios tenemos: en las mutualistas se realizaron 44% de cesáreas sobre el total de nacimientos, mientras que respectivamente en el MSP se realizaron el 21%. Para el año 2004 las diferencias en las probabilidades de sufrir una cesárea confirma la hipótesis de inducción de demanda<sup>3</sup> en este acto médico en particular. Las estimaciones estudiadas permiten afirmar que, una vez que se controlan por otros factores, una mujer tiene 20% de probabilidad de tener una cesárea en un hospital público y un 40% en uno privado. (Munielo, *et al*, 2005:1)

En términos de calidad de prácticas obstétricas, un estudio<sup>4</sup> realizado en el 2004 en 12 hospitales públicos nacionales concluye que siguen empleándose prácticas que han demostrado ser inefectivas e incluso perjudiciales para las mujeres y los/as bebés. Concretamente el estudio señala que la episiotomía y el rasurado perineal demostraron tasas de utilización superiores al 50%, cuando según la OMS la episiotomía estaría indicada sólo en un 15 a 20% de partos. Destaca que en todos los hospitales encuestados el uso de la episiotomía en primerizas fue superior al 80%.

En el modelo obstétrico actual se constatan violaciones a los derechos de las mujeres y sus entornos afectivos. Las entrevistas<sup>5</sup> realizadas a mujeres atendidas, tanto en el sistema público como el mutual, revelan la existencia de violencia institucional y malos tratos. Esto adquiere diferencias según el tipo de prestador del servicio. En el sistema público existen dificultades en el traslado de las mujeres, sometimiento al proceso de aprendizaje de estudiantes de medicina y partería, así como violencia verbal: *"...yo cuando estuve internada por la más grande por amenaza de aborto me ponían los dedos hasta allá arriba, hasta por gusto. Me abrieron con una espátula, sentís que te molesta, yo sentía que me dolía y lo decía. Y me dijeron: si te gustó ponerla ahora aguantá!!"*. (Entrevista a mujer atendida en el Hospital Pereira Rossell, abril 2010) Se encontraron elementos compartidos de maltrato con el sistema mutual, tales como esperas prolongadas en espacios no adecuados, no respeto a la libertad de movimiento en el pre-parto y parto, así como también violencia verbal: en un momento en que una mujer cerró las piernas, pues estaba con una contracción, el médico expresó: *"...si no las cerraste antes ahora ya es tarde"*. (Denuncia publicada en *Brecha*, mujer atendida en el SMI-IMPASA, junio 2010)

2 Estadísticas vitales 2008, Dirección General de Salud, [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy).

3 Refiere al incentivo que los médicos tienen para variar la demanda de los consumidores con la finalidad de maximizar su utilidad, Munielo, *et al*, 2005: 2.

4 Colomar, Mercedes (*et al*), (2004) "Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay" en: *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 72, Núm. 9.

5 La metodología utilizada se inscribe en el campo cualitativo de investigación social. La técnica principal para la producción de datos fue la entrevista en profundidad y la muestra estuvo conformada por informantes calificados (referentes del Estado y de los movimientos sociales), personal de la salud que trabajan en la atención al parto, y mujeres que parieron tanto en el subsector público como en el privado. Por criterios teóricos se decidió que la gran mayoría de las/os entrevistadas fueran críticas con el modelo hegemónico de atención, se trianguló con personas que trabajan desde el modelo hegemónico. Para el análisis se privilegió la perspectiva hermenéutica, apoyado por el uso del software Atlas-ti.

## Algunos procesos sociales que influyeron en la instauración del modelo actual de atención al Parto y Nacimiento

### *Desprecio y persecución del saber acumulado de las mujeres: la caza de brujas*

Las mujeres desde siempre han sido sanadoras, fueron las primeras médicas de la medicina occidental. Sin embargo, desde el medioevo a la actualidad la hegemonía médica ha sido intolerante con otros tipos de conocimientos autoproclamándose como la única posibilidad para curar. De esta forma no ha perseguido sólo las prácticas de las mujeres, se ha ocupado de desprestigiar y prohibir todo tipo de medicinas tradicionales o alternativas. En la Inquisición se sientan las bases para la separación de las dos medicinas: una de cristianos cultos, "masculina", en estrecha alianza con la ley y con Dios, antecesora de nuestra medicina occidental; y la otra, considerada perteneciente a "la magia", "la hechicería" y la "superstición femeninas". (Fernández, 1994: 76)

La caza de brujas abarcó más de cuatro siglos (XIV al XVII), y si bien adoptó formas diferentes se caracterizó por ser una campaña de terror desencadenada por la clase dominante y dirigida contra la población campesina de sexo femenino. (Ehrenreich y English, 1981:11) Este proceso, en donde se calcula que se asesinaron varios millones de mujeres, coincide geográfica y temporalmente con períodos de gran agitación social, de insurrecciones campesinas y conspiraciones populares en donde se sacudieron las bases del feudalismo. El principado y el clero corruptos buscaban quedar eximidos de pagar sus culpas ante el campesinado inventando enemigos del más allá y haciendo crecer en la población la manía persecutoria de encontrar la causa de su mal en alguna bruja cercana. Lograron así aparecer ante las masas como los protectores de la Humanidad, al no escatimar esfuerzos en quemar a las brujas. (Harris, 1998) El libro guía para todo el procedimiento fue el *Malleus Maleficarum*, escrito en 1484 por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger, dos monjes dominicos.

Si una mujer era acusada de brujería ya significaba que lo era. Una vez procesada, si no confesaba libremente, se empleaba la tortura para demostrar la validez de la acusación. La "bruja" no tenía derechos ni podía enfrentarse a los que la habían acusado.

El abuso de poder se torna más explícito si se tiene en cuenta que los costos de la "investigación inquisidora", el juicio y ejecución tenían que ser solventados por las acusadas o sus familias, pues el proceso precisaba de varios inquisidores instalados en un pueblo o ciudad por varios días. Cada miembro del tribunal obtenía una gratificación por mujer quemada, factores que hicieron que aparecieran muchos inquisidores por toda Europa.

### *Endemonización y devastación de la sexualidad de las mujeres*

En la Edad Media, al estar valorizada la castidad de los hombres, la sexualidad femenina representaba una permanente amenaza del desvío del camino hacia Dios. A esto se suma una organización social basada en las alianzas matrimoniales que se ocupaban de la reproducción de las hegemonías sociales y la perpetuación de la herencia.

Producto de la necesidad de mantención del sistema hegemónico nace el *Malleus Maleficarum*, libro misógino, aterrador y obsesionado con la sexualidad femenina. Capítulos enteros tratan sobre el sexo de las mujeres y en particular sobre los intercambios sexuales de éstas con fuerzas diabólicas, cuestiones tales como: de las formas de copulación entre las brujas y los demonios, de la frecuencia de inyección de semen, de los métodos de embrujamiento para copular con un hombre inocente, de las capacidades de las brujas para despojar al hombre de su miembro viril, de sus capacidades para producir abortos. En donde las mujeres aparecen

siempre como potenciales aliadas del diablo, con intenciones de engañar a los hombres para someterlos o mutilarlos. ¿Con cuál instrumento? con la fuerza de su sexualidad. De este modo la Iglesia asociaba la mujer al sexo y condenaba todo placer sexual, considerando que éste sólo podía proceder del demonio, como se ve en la siguiente cita: "*Qué tipos de mujeres son supersticiosas y brujas antes que ninguna: en las que predomina la infidelidad, la ambición y la lujuria ... se sigue que entre las mujeres ambiciosas resultan más profundamente infectadas quienes tienen un temperamento más ardoroso para satisfacer sus repugnantes apetitos; y esas son las adúlteras, las fornicadoras y las concubinas del Grande*". (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte: 54)

#### *Las peores: las brujas comadronas y aborteras*

Existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la Inquisición. En principio se acusaba a "las brujas" de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Luego se las denunciaba por estar organizadas. Y por último se las acusaba de tener poderes mágicos sobre la salud, podían provocar el mal, pero también podían hacer el bien pues tenían la capacidad de curar. (*Malleus Maleficarum*, Parte Segunda: 13) Las brujas que ayudaban a parir eran consideradas las más peligrosas "*Las brujas que son comadronas matan de distintas maneras a los niños concebidos en el útero, y procuran un aborto; o si no hacen eso, ofrecen a los demonios los niños recién nacidos... nadie hace más daño a la fe católica que las comadronas*". (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte: 68-69).

Es de destacar la lucha histórica entre la Iglesia y la hegemonía médica por un lado y las mujeres por el otro, por el poder de decisión sobre el destino de las concepciones. En los dos tomos del *Malleus* el aborto se presenta como uno de los escenarios de lucha de poder sobre los cuerpos de las mujeres y es parte fundamental de la Inquisición asegurar que toda mujer que quedara embarazada no abortara, pues esa futura vida era concebida como propiedad de Dios y la Iglesia.

Si bien la caza de brujas no eliminó a las sanadoras de extracción popular las marcó para siempre con el estigma de charlatanas y posibles perversas. Llegaron a estar tan desacreditadas entre los siglos XVII y XVIII, que los médicos invadieron el último bastión de las sanadoras: la obstetricia. Practicantes no profesionales varones -barberos cirujanos- iniciaron el ataque en Inglaterra, alegando una supuesta superioridad técnica basada en el uso del fórceps obstétrico. Una vez en sus manos la práctica de la obstetricia entre las clases medias perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas para convertirse en una actividad lucrativa, de la que finalmente se apropiaron los médicos propiamente dichos en el siglo XVIII. (Ehrenreich y English, 1981:20)

#### *Impregnación social de los valores de la medicina en Uruguay. Sus rasgos misóginos*

El proceso de infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes del saber científico ocurrió en Uruguay básicamente en el transcurso del "Novecientos". Este poder, por curar y hacerlo desde el monopolio del saber, exigía como contrapartida obediencia y sometimiento por parte de los pacientes, "...sanos y enfermos, por endiosar la salud, pidieron ser dominados. Uno de los resultados habituales fue la infantilización del enfermo y hasta la legitimación del uso del terror por el médico". (Barrán, 1993:194) Aumentando su poder, el saber médico también insistió en dudar de las percepciones del paciente y preferir las propias, las sensaciones de dolor, los estados de bienestar o malestar, fueron y son devaluados como síntomas.

En el caso de las mujeres el sometimiento exigido fue mayor, *“...la sugestión más descarada, los placebos más obvios, las órdenes más arbitrarias y raras, tuvieron sus efectos ‘benéficos’ en ese sector de pacientes. El sadismo erotizado del poder del macho científico se combinó con la entrega también erotizada al poder absoluto de este nuevo padre, mayor como él, seguro como él, arbitrario como él, y a veces con gestos de aproximación física equivocados, como los de él”*. (Barrán, 1993:228)

Los médicos fueron los principales responsables de instaurar el culto a la invalidez femenina, describieron a la mujer como un enfermo en estado natural. La gestación, la menstruación, las enfermedades propias. Más adelante ayudaron a construir el estereotipo de “madre”, la única función verdaderamente “natural” de la mujer. (Barrán, 1993:77; Sapriza, 2001:63)

De la mano de la eugenesia, las naciones querían crecer y con “buenos ciudadanos”, la reproducción y la maternidad pasan a tener un nuevo valor. Esta última fue sometida a la institucionalización que implicó la medicalización y hospitalización del parto.

*La medicalización de los partos: ¿causa evidente de la reducción de la morbimortalidad materna e infantil?*

El control médico del parto comienza en Europa en el siglo XVIII, el factor inicial es una suerte de esnobismo, *“...como el médico cobraba dos o tres veces más caro que la comadrona, el hecho mismo de llamarlo era un signo de buena posición económica*. (Knibiehler, 1993)

En los hospitales de Londres en 1850 todavía la mortalidad materna se mantenía elevada, siendo el factor principal la fiebre puerperal que transmitía el obstetra mismo y sus estudiantes, quienes practican, alternativamente y sin precaución alguna, autopsias y tactos obstétricos. (Knibiehler, 1993:348) Entre 1870 y 1890 todos los hospitales de Occidente se convierten a las nuevas reglas de la asepsia cayendo la mortalidad materna alrededor del 20 por 100. Entonces la asociación lineal entre la medicalización de los partos y la reducción de morbimortalidad perinatal no es tan evidente. Isabel F. del Castillo (2006) plantea que la variable más importante de la mejora es la higiene (a partir de la instauración de la red de agua corriente y de alcantarillado), no la medicalización. Una de las consecuencias de la operacionalización institucional de los partos es el cambio de posición que se efectúa en la parturienta, se pasa de parir en cuclillas o de pie a la posición acostada que favorece al médico.

En Uruguay el Estado y la clase médica no perdieron de vista a las parteras, en principio por estar legalmente autorizadas para competir con los médicos en el parto, y además porque *“... eran mujeres atrevidas casi siempre... y el poder médico estaba en manos de hombres. Su estricta vigilancia comienza en el siglo XIX, ya en diciembre de 1864, el Consejo de Higiene Pública había determinado que las parteras sólo podían ejercer su profesión en el caso de parto natural, que les estaba absolutamente prohibido todo parto artificial por maniobra o instrumento y que no podían administrar ninguna especie de sustancia a sus pacientes, ni aun en el caso de complicación”*. (Barrán, 1993:184)

### Modelo tecnocrático<sup>6</sup> de atención

A nivel mundial el campo de investigación social que problematiza las formas actuales de reproducción humana encuentra sus mayores acumulaciones en la Antropología (tanto Médica como del Parto). En este artículo se toma como referencia el trabajo de la antropóloga Robbie Davis Floyd, quien considera que la obstetricia contemporánea cuenta con las mejores oportunidades de crear el sistema de cuidado más efectivo que se haya conocido, integrando tecnología apropiada con los valores humanistas y el respeto por la individualidad planteada en los modelos holistas. (Sadler, 2003:65) Sin embargo, los resultados de sus investigaciones no confirman todavía esta tendencia. Luego de entrevistar, en Estados Unidos, a más de cien mujeres que habían parido identificó tres rituales que transfieren los valores centrales de la sociedad tecnocrática norteamericana a la parturienta y su familia: el monitoreo fetal electrónico, la oxitocina y la episiotomía; los considera emergentes del paradigma que denominó: modelo tecnocrático de nacimiento. (Davis Floyd, 2004:15) Ella plantea que estos procedimientos trabajan acumulativamente como rituales para convencer a la parturienta tanto de la defectuosidad inherente a su "cuerpo-máquina" como de la superioridad de las tecnologías usadas para corregir sus deficiencias y mejorar su funcionamiento.

Este modelo expresado en la obstetricia utiliza rutinariamente alta tecnología<sup>7</sup>, respondiendo a un propósito más profundo que el de producir bebés sanos: el miedo frente a lo incontrolable de un proceso natural liderado por los cuerpos de las mujeres. Este profundo temor genera la creencia en que se puede controlar su inminente incertidumbre. Entonces, por un lado se genera la creencia social de que es posible controlar la vida, la enfermedad y la muerte; mientras por otro lado el colectivo médico confirma y asume ese poder.

Paralelo a los avances tecnológicos, las grandes transformaciones socioculturales y el desarrollo de las "sociedades de riesgo" ya no soportan un resultado obstétrico negativo. Nadie se embaraza pensando que probablemente el feto o el bebé recién nacido muera, como sí era habitual hace poco más de 100 años. Concretamente en el tema de estudio esto se traduce en el paradigma de atención al parto basado en el enfoque de riesgos, en donde todo proceso es plausible de complicarse en cualquier momento. Se trata de adelantar a cualquier complicación realizando intervenciones preventivas, cuestión que en la mayoría de las situaciones es la causa del "intervencionismo obstétrico", en donde una intervención crea una necesidad y esta a su vez genera una nueva necesidad y así sucesivamente; lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y requerimientos de la parturienta en un parto intervenido o una cesárea, protagonizado por la institución de salud. (OMS, Who, 1985 citado en Tyndall, Marie Lynne 2000: 5)

Otro asunto que da forma al actual modelo son las consecuencias de la "medicina defensiva", que refiere a un ejercicio profesional en donde el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente. Tanto desde el punto de vista ético como de salud pública no es admisible pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud. (Rodríguez, 2006) Sin embargo, el alto número de demandas realizadas a los ginecólogos genera que en la mayoría de las actuaciones este vector sea preponderante.

Buscando generar modelos y protocolos la medicina pretende la homogenización del tiempo y los procesos; el tiempo dicta cuando un trabajo de parto y un parto son normales o se transforman en patológicos, cuando en realidad no existe un parto igual al otro, en donde la diversidad está asentada en la propia diversidad de las mujeres y sus formas de vida. Lo

6 Se cuestiona "lo tecnocrático": el uso abusivo de la tecnología y la concepción que la propone como fuente hegemónica de saber y hacer. No así a la tecnología.

7 Como el monitor fetal ya demostrado que no mejora el resultado del nacimiento y si aumenta la tasa de cesárea.

anterior se combina con la utilización de maniobras y tecnología de forma rutinaria, por ejemplo la episiotomía: el corte casi obligado a la vulva, la mayoría de las veces innecesario, en donde se subvalora los impactos negativos sobre la sexualidad posterior, y se practica asumiendo que previene desgarros (asunto muy discutido pues hay estudios<sup>8</sup> que muestran que en vez de prevenir, genera desgarros). Es un corte en varios planos del periné que destruye nervios que son parte de la base pélvica del clítoris. (Federation of Feminist Women's Health, 1986) Lamentablemente una de las razones por las cuales se realiza este corte de rutina es que los ginecólogos aprendieron a atender partos de este modo y no saben hacerlo sin manipular y cortar las vulvas. Uno de los entrevistados, ante mi pregunta sobre si él la practicaba contestó: *"Yo hace 5 años que no hago partos... pero en mi caso yo lo haría, porque no tengo el entrenamiento para no hacerlo"*. (Entrevista a ginecólogo, julio 2009)

El poder y el saber médicos debieron su omnipotencia a un nuevo concepto de salud, basado en el horror al dolor y al control del cuerpo. Pero el dolor es cultural y contextual, si desde siempre las mujeres crecemos con mandatos como: *parirás con dolor* es bastante probable que se instale una predisposición al mismo. ¿Por qué contextual? Porque depende de la situaciones psico-afectivas en que se encuentren las mujeres; de cuán acompañadas y contenidas estén; de cómo se les propicia o no las condiciones para liberarse en el parto (ejercicio de la movilidad, mínimo de intervenciones, aliento, amor); de acciones naturales para disminuir el dolor (masajes, hierbas naturales, música, concentración, ambiente íntimo y respetado, entre otros); de confianza en quien la está asistiendo; y de cuán preparadas estén para afrontar uno de los momentos importantes de la vida. Para todas las mujeres entrevistadas que se prepararon en cursos desde la concepción humanista, una de las condiciones sustanciales para su vivencia es haber estado "bien" acompañadas, en general por sus parejas y parteras o médicos de confianza.

En relación al control del cuerpo, esto convoca a dos asuntos centrales.

El primero asentado en el dualismo filosófico cartesiano en donde la racionalidad debe dominar al cuerpo. Como plantea una entrevistada *"Tenemos incorporado el supercontrol de nuestras vidas, la racionalización de todo, de que nada puede ser inesperado, ni descontrolado. Y el parto implica un descontrol, en buen sentido, implica que dejemos ir el mecanismo de control racional, está demostrado que funcionan mecanismos más instintivos... si dejamos fluir el proceso fisiológico natural las cosas funcionan de la mejor forma... para dejar que su ser íntegro, su cuerpo controle la situación, la situación se controla a sí misma, confiar en el cuerpo y que estamos preparadas para eso.... nos cuesta asumir que no tenemos el control de ese evento, y se lo damos al sistema de salud."* (Entrevista a psicóloga y Doula, setiembre 2009) Al decir de Sadler *"De Descartes heredamos una idea particular del yo racional que coincide con una distinción categórica constante entre mente y cuerpo. Esta separación se puede concebir como un yo masculino que se ha separado de las supuestas impurezas de la naturaleza y la vida emocional. La visión cartesiana de la conciencia está esencialmente descorporalizada, como lo está la concepción de agente racional que emana de ella"*. (Sadler, 2003:40)

El segundo asunto deviene de que el parto es un acto sexual. Una de las hipótesis de esta investigación es que el modelo tecnocrático de atención es un modo actual de represión de la sexualidad de las mujeres. Los dispositivos son más sutiles que en la Edad Media, pero son efectivos en despotenciar y dessexualizar una de las experiencias humanas con mayor potencial

8 Como lo prueba la investigación de Cárdenas, *et al*, 2008, "Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía". Publicado en Revista Colombiana Salud Libre, Volumen 3, Número 2.

afectivo. Por otra parte, existen investigaciones, en particular la de Casilda Rodríguez<sup>9</sup> y la de Juan Merelo Barberá<sup>10</sup> que confirman la existencia de partos orgásmicos, encontrando que su frecuencia es más alta de la que hemos imaginado. Sin llegar a encontrar ninguna entrevistada que tuviera tal suerte es clara la relación entre preparación, confianza, lugar seguro y tranquilo, y el recuerdo de una experiencia que aunque dolorosa se revive como placentera.

### Emergencia del modelo de humanización

Como reacción crítica al modelo tecnocrático viene creciendo en el mundo un Movimiento por la Humanización del Parto y Nacimiento. En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza, Brasil, se definió que el parto humanizado implica que *"el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas"*. (Muñoz, 2001)

Según la opinión de algunos/as integrantes de la Red de Humanización en Uruguay y en América Latina es posible un cambio en los modelos de atención. Pero esto requiere de grandes transformaciones en la concepción del parto: "despatologizarlo", "naturalizarlo", "concebirlo como evento fisiológico". Esto es muy difícil o imposible de lograr en el marco de la atención médica actual. Por eso abogan por la vuelta de las parteras a la atención del parto normal o de bajo riesgo. Pero hoy en día el oficio de partera no conlleva necesariamente a un trato humanizado pues aprenden y ejercen dentro del sistema tecnocrático. Por otra parte, en Uruguay las parteras en su gran mayoría no asisten los partos, destinadas a trabajar bajo las órdenes de la medicina ginecológica aparecen como ayudantes en la atención obstétrica. Además, sería necesario una nueva conciencia social que desmitificara asuntos como que la cesárea duele menos, o que siempre es mejor un médico para la atención del parto. Necesitamos una nueva relación con la tecnología, como en otros campos, en donde ésta esté al servicio humano y no al servicio de la medicina defensiva y la mercantilización de la salud.

### Reflexiones finales

El cometido de este artículo ha sido problematizar las condiciones de atención al parto y nacimiento, y relacionarlas con procesos históricos concretos. El modelo actual, tecnocrático y violento, tiene origen en el combate de la Inquisición (Iglesia y Estado) al saber-poder-sexualidad de las mujeres y fue plausible de desarrollarse gracias a los rasgos misóginos de los procesos posteriores de medicalización de las sociedades. En los últimos siglos se suplantó el saber hacer de las comadronas por la institucionalidad de los partos en el contexto de la ciencia médica. En este proceso se cambiaron radicalmente las bases de las formas de atención: se pasó del domicilio, a cargo de una comadrona, a un contexto hospitalario, desde una mirada patologizante con base en el enfoque de riesgos, la medicina defensiva e intervencionista. Si bien en Uruguay tenemos las condiciones físicas y tecnológicas para brindar una excelente atención obstétrica, en la práctica se violan los derechos de las mujeres y sus entornos afectivos (cesáreas, episiotomías e intervenciones innecesarias, maltratos verbales y condena

9 Casilda Rodríguez Busto, *Pariremos con Placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, artículo presentado en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa Jerez, octubre 2000.

10 Juan Merelo Barberá, *Parirás con placer. La sexología y el orgasmo en el parto*, Editorial Kairós, Barcelona, 1980.

a la sexualidad femenina). Necesitamos cambios sociales y culturales para poder garantizar “el mejor modelo humano de atención al parto y nacimiento”, al decir de Davis Floyd.

Un camino posible para garantizar el goce de los derechos en este momento tan particular es concebir y efectuar el embarazo y el parto desde el paradigma de Humanización. Esto necesita de grandes cambios ideológicos de la atención médica y de procesos de empoderamiento de las mujeres y sus entornos afectivos.

Una de nuestras hipótesis principales, a seguir profundizando, plantea que para mantener el actual sistema de dominación patriarcal y capitalista es necesario controlar socialmente el parto. Este contiene elementos revulsivos y transformadores de las relaciones de poder actuales, si el parto se libera se liberarán otros muchos aspectos de la vida individual y colectiva que redundarán en nuevas lógicas basadas en derechos y libertades.

## BIBLIOGRAFÍA

- » Barrán, José Pedro. 1993. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*, Tomo 1: *El Poder de curar*, Montevideo, Uruguay, Ediciones de la Banda Oriental Segunda reimpresión.
- » Davis Floyd, Robbie. 2004. *Del Médico al Sanador*, Buenos Aires, editorial Creavida.
- » Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 1981. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras*, Barcelona, La Sal ediciones de les dones.
- » Federation of Feminist Women’s Helath. 1986. *A new view of a woman’s body*, USA, A Touchstone Book.
- » Fernández del Castillo, Isabel. 2006. “Acerca de la mortalidad perinatal” publicado en: [www.holística.net](http://www.holística.net).
- » Knibiehler, Ivonne. 1993. “Cuerpos y Corazones”, en Perrot, Michelle y Duby, Georges (editores) *Historia de las mujeres. El siglo XIX*.
- » *Malleus Maleficarum*, escrito por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger en 1484, disponible en: [www.malleusmaleficarum.org](http://www.malleusmaleficarum.org)
- » Marvin, Harris. 1998. *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas*, Editorial Alianza, España .
- » Munielo, Leonel, Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia. 2005. *Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas del Uruguay*, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- » Muñoz, Hugo et al. 2001. *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile. Citado en: Sadler Michelle. 2003, *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*, Chile.
- » Rodríguez, Hugo. 2006. “De la medicina defensiva a la medicina asertiva” en *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 22.
- » Sapriza, Graciela. 2001. *La “utopía eugenista”, Raza, Sexo y Género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*, Tesis de Maestría, Facultad de Humanidades, Udelar.

